
Compendium d'Indicateurs pour l'Évaluation des Programmes de la Santé de la Reproduction

Série de Manuels MEASURE Evaluation, Numéro 6

Jane T. Bertrand et Gabriela Escudero

(Version originale en anglais, août 2002)

Volume 2



Ce compendium a été financé par l'USAID selon les termes de l'Agrément Coopératif GPO-A-00-03-00003-00. Les avis exprimés dans le texte sont ceux des auteurs, et pas nécessairement ceux de l'USAID.

Janvier 2008

MS-02-06-fr



Imprimé sur papier recyclé

Partie III

Les indicateurs
pour Domaines
de Programation
Spécifiques

- A. Les indicateurs globaux en santé de la reproduction**
- B. Planification familiale et fécondité**
- C. Les IST et le VIH/SIDA**
- D. La maternité sans risque**
- E. La santé du nouveau-né**
- F. La nutrition des femmes**
- G. L'allaitement au sein**
- H. Les programmes de santé de la reproduction de l'adolescent**
- I. Les soins après avortement**
- J. La participation masculine aux programmes de santé de la reproduction**
- K. La violence faite aux femmes**
- L. L'excision génitale féminine**
- M. La santé de la reproduction en situations d'urgence**

LES INDICATEURS POUR DOMAINES DE PROGRAMMATION SPÉCIFIQUES

La troisième partie de ce *Compendium* porte sur 13 domaines de programmation en santé de la reproduction, en commençant par les trois domaines représentant la proportion la plus importante des budgets des gouvernements et des bailleurs de fonds : la **planification familiale**, les **IST/le VIH/SIDA**, et la **maternité sans risque**. Hormis ces domaines, cette partie traite également de la **nutrition des femmes**, de la **santé du nouveau-né**, et de **l'allaitement au sein**. Au cours des années 1990, les gouvernements et/ou les ONG ont mis en place des initiatives de programme visant à répondre à un ensemble plus vaste de besoins en matière de santé de la reproduction, notamment **les programmes pour les adolescents, les soins après avortement, la participation masculine, la violence faite aux femmes, l'excision génitale féminine, et la santé de la reproduction en situations d'urgence**.

La troisième partie commence par deux ensembles d'indicateurs de SR visant à mesurer l'état de la SR dans le monde. Le premier ensemble représente la réponse de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en collaboration avec des spécialistes en santé de la reproduction choisis, visant à évaluer dans quelle mesure les programmes ou les pays qui les mettent en œuvre parviennent à atteindre les objectifs de la CIPD. Il se résume en une liste abrégée de 17 indicateurs servant à mesurer les progrès dans un secteur donné (par ex., le taux de prévalence de la contraception, la disponibilité de soins obstétricaux de base essentiels, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes).

Le deuxième ensemble d'indicateurs, celui mis en place par *Population Action International* (PAI), est l'indice de risque reproductif, lequel évalue les pays au niveau de 10 éléments de mesure de SR (dont beaucoup recourent les indicateurs au niveau global de l'OMS).

L'une des différences primordiales entre les deux ensembles d'indicateurs est que, contrairement à l'Indice de risque reproductif, les indicateurs de l'OMS ne sont pas regroupés de façon à en extraire un score récapitulatif pour chaque pays. Bien que du point de vue méthodologique, on puisse remettre en question l'Indice, il n'en reste pas moins d'un certain intérêt à des fins de sensibilisation, puisqu'il permet d'obtenir des indices comparatifs pour de nombreux pays en voie de développement.

La troisième partie du *Compendium* traite des principaux résultats visés par les divers programmes de SR. La plupart des indicateurs de la troisième partie fournissent une mesure des sorties (« *outputs* ») ou des effets (« *outcomes* »), même si quelques-uns se rapportent aux sujets traités dans la deuxième partie (par ex., le contexte politique, la qualité des soins). Des exceptions ont tendance à se présenter (1) lorsque les programmes sont relativement nouveaux et les experts ressentent le besoin de mettre l'accent sur les questions de politique et de qualité des soins ; ou (2) lorsque les mesures de comportement au niveau du grand public ne sont pas facilement disponibles. Même si plusieurs mesures à long terme de l'état de santé (par ex., la fécondité, la mortalité) sont incluses ici, les indicateurs de cette section sont les mesures les plus utilisées pour l'évaluation du changement de comportements et de l'impact (par ex., l'évaluation de récapitulation) des programmes de santé de la reproduction.

Partie III.A

Les Indicateurs Globaux en Santé de la Reproduction

- ❑ La liste abrégée de l'OMS des indicateurs globaux pour le suivi de la santé de la reproduction
- ❑ L'indice de risque reproductif de PAI

LA LISTE ABRÉGÉE DE L'OMS DES INDICATEURS GLOBAUX POUR LE SUIVI DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Définition

Ces 17 indicateurs, pour la plupart basés sur la population, offrent une vue d'ensemble de l'état de la santé de la reproduction à l'échelon global national ; ils sont sanctionnés par l'OMS et le Groupe de travail inter-agences des Nations Unies. (Voir l'encadré III.A.1 pour la liste des 17 indicateurs suivis de leurs définitions).

Les données nécessaires

Des informations concernant chacun des 17 indicateurs. (Note : Pour la plupart des indicateurs de l'encadré III.A.1, on trouvera une description complète ailleurs dans le *Compendium*)

Source(s) de données

L'enquête EDS ou d'autres enquêtes représentatives de la population visée pourront fournir certains indicateurs (1, 2, 4, 5, 8, 11, 13, 14, 15, et 17 dans l'encadré III.A.1). Pour d'autres indicateurs (6, 7, 10, 12 et 16), on devra plutôt avoir recours à des données de programme : statistiques de service, statistiques des formations sanitaires ou résultats de tests des clientes. Alors que pour les indicateurs fondés sur l'EDS ou l'ESR les données sont généralement disponibles, pour certaines mesures (le pourcentage d'admissions aux services de gynécologie obstétrique dues à un avortement, notamment) elles pourront être difficiles à obtenir.

But et questions

Au cours des années 1990, les représentants officiels de pays du monde entier ont participé à des conférences internationales (la CIPD au Caire, la quatrième Conférence sur les femmes au Beijing) et ont souscrit à un certain nombre d'objectifs et de cibles au niveau global pour la santé sexuelle et de la reproduction dans son ensemble. Cela a entraîné une prolifération d'indicateurs dans ce domaine, lesquels différents pays doivent suivre. Suite à cela, les Nations Unies ont demandé à l'OMS de prendre en charge l'organisation d'un processus technique inter-agences pour étudier la question des indicateurs de santé de la reproduction et parvenir à un

consensus sur une liste abrégée d'indicateurs pour le suivi au niveau global.

Ensemble, les 17 indicateurs qui en sont issus recouvrent les principaux domaines de la santé de la reproduction et représentent le consensus auquel sont parvenues les organisations internationales concernant les indicateurs les plus importants pour la comparaison entre pays, le suivi global et le suivi après les conférences internationales.

Cet ensemble d'indicateurs a pour but de fournir une vue panoramique de la situation de la santé de la reproduction aux niveaux global et national, et non pas de présenter un ensemble complet d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation de programmes. Toutefois, les données rassemblées pour la présentation des indicateurs devraient être utiles au niveau de la gestion de programmes.

L'OMS a entrepris une compilation des estimations pour chacun des 17 indicateurs. Cet ensemble d'indicateurs n'a pas été conçu pour servir d'indice, mais plutôt pour attirer l'attention sur les principaux domaines mesurables en matière de santé de la reproduction.

Encadré III.A.1 Définitions des indicateurs pour le suivi au niveau global relatifs à la santé de la reproduction issus de la liste abrégée de l'OMS (OMS, 2000a et 2001a)

1. L'Indice synthétique de fécondité (ISF)

Nombre total d'enfants mis au monde par une femme à la fin de sa période de fécondité si elle avait connu tout au long de sa vie la fécondité par âge observée durant l'année pour laquelle on le calcule.

2. Le taux de prévalence de la contraception (TPC)¹

Nombre de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) un moyen de contraception à un moment donné.

3. Le rapport de mortalité maternelle

Le nombre annuel de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

4. Le taux de couverture des soins prénatals

Le pourcentage de femmes qui au moins une fois au cours de leur grossesse ont reçu des soins par un personnel qualifié (à l'exclusion des accoucheuses traditionnelles formées ou non) pour des raisons liées à la grossesse.

5. La proportion d'accouchements réalisés avec l'assistance d'un personnel qualifié

Le pourcentage de naissances assistées par une professionnelle de la santé qualifiée (à l'exclusion des accoucheuses traditionnelles ayant reçu une formation ou non).

6. La disponibilité de soins obstétricaux essentiels complets

Le nombre d'établissements disposant de soins obstétricaux d'urgence minimum en état de fonctionnement pour 500 000 personnes.

7. La disponibilité de soins obstétricaux essentiels complets

Le nombre d'établissements disposant de tous les soins obstétricaux essentiels en état de fonctionnement pour 500 000 personnes.

8. Le taux de mortalité périnatale (TMP)

La proportion de décès périnataux pour 1000 naissances totales.

9. La prévalence de poids faible à la naissance

Le pourcentage d'enfants vivants pesant moins de 2,500g à la naissance.

10. La prévalence de tests sérologiques de la syphilis positifs chez les femmes enceintes

Le pourcentage de femmes enceintes (15 à 24) se présentant à des cliniques de soins prénatals, ayant reçu un test sanguin pour la syphilis, qui ont une sérologie positive pour la syphilis.

11. La prévalence de l'anémie chez les femmes

Le pourcentage de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans), à qui on a proposé un test de niveau d'hémoglobine, présentant des niveaux de 110g/l pour les femmes enceintes et de 120g/l pour les femmes qui ne sont pas enceintes.

¹ Le groupe d'experts travaillant avec l'OMS sur cet ensemble d'indicateurs recommande de fonder le calcul de la prévalence de la contraception sur toutes les femmes en âge de procréer, contrairement à la convention utilisée par l'EDS et l'ESR, qui rapportent cet indicateur pour les femmes mariées (ou mariées et non mariées séparément).

12. La proportion d'admissions aux services obstétriques et gynécologiques dues à des causes relatives à l'avortement

Parmi tous les cas admis à des points de prestation de services offrant la possibilité d'hospitalisation dans des services obstétriques et gynécologiques, la proportion des admissions dues à l'avortement (spontané et provoqué, à l'exception de l'interruption planifiée de grossesse).

13. La prévalence de cas d'excision rapportés par les femmes

Le pourcentage de femmes interviewées lors d'une enquête de niveau communautaire qui disent avoir subi une excision.

14. La prévalence de la stérilité chez les femmes

Le pourcentage de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et pouvant devenir enceintes (actuellement non enceintes, actives sexuellement, et n'allaitant pas) qui indiquent avoir essayé de tomber enceintes pendant deux ans ou plus.

15. La fréquence rapportée d'urétrite chez les hommes

Pourcentage d'hommes âgés de 15 à 49 ans interviewés au cours d'une enquête au niveau communautaire rapportant avoir connu des épisodes d'urétrite au cours des 12 derniers mois.

16. La prévalence du VIH parmi les femmes enceintes

Le pourcentage de femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans visitant les cliniques de soins prénatals qui ont reçu un test de dépistage du VIH et sont séropositives.

17. La connaissance de pratiques préventives reliées au VIH

Parmi tous les répondants, le pourcentage de ceux/celles qui parviennent à identifier correctement les trois principaux moyens pour prévenir la transmission par voie sexuelle du VIH et qui rejettent trois des principales idées fausses concernant la transmission ou la prévention du VIH.

L'INDICE DE RISQUE REPRODUCTIF DE PAI

Définition

Le « carnet de notes » de *Population Action International* (PAI) pour évaluer les pays, composé des 10 indicateurs importants en santé de la reproduction (voir l'encadré III.A.2 contenant les indicateurs clés). Chacun des indicateurs utilisés pour l'indice de risque reproductif est évalué sur une échelle de 100 points ; on effectue ensuite la moyenne des scores pour obtenir un score total au niveau d'un pays selon l'indice. En fonction de leurs scores d'ensemble, les pays sont classés selon leur niveau de risque : très élevé, élevé, modéré, peu élevé, très peu élevé.

Les données nécessaires

Des informations concernant les 10 indicateurs principaux.

Source(s) de données

Les données relatives à chacun des indicateurs proviennent de sources diverses (EDS, les estimations de l'OMS pour le TMM et autres).

But et questions

L'indice de risque reproductif de PAI fournit une mesure des progrès effectués par les différents pays dans l'atteinte des objectifs fixés lors de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994. Cet outil peut être utile à des fins de sensibilisation, pour illustrer le faible état de la santé sexuelle et en matière de reproduction dans une grande partie du monde en voie de développement. Au total, 133 pays ont été classés, représentant 95 pour cent de la population mondiale.

L'indice de risque reproductif de PAI inclut plusieurs indicateurs identiques à ceux de la liste abrégée de l'OMS. En fait, sept indicateurs sont communs aux deux listes. Contrairement à l'ensemble des indicateurs de l'OMS qui ne sont pas « combinés » pour former un indice, PAI a utilisé les résultats à partir d'indicateurs individuels pour en obtenir un score synthétique. Du point de vue méthodologique, cette approche peut être critiquée du fait qu'elle accorde implicitement un poids

égal aux 10 indicateurs et mélange « des torchons et des serviettes ». Le score synthétique permet cependant de classer les pays selon leur niveau de risque, et ceci peut être utile à des fins de sensibilisation. Les cinq catégories de risque sont les suivantes :

Risque très élevé (60 points ou plus) : Les 19 pays de cette catégorie sont caractérisés par une fécondité précoce et élevée, ajoutée à des soins limités durant la grossesse et l'accouchement. Tous ces éléments contribuent à des niveaux extrêmement élevés de mortalité maternelle. L'avortement sans risque et légal n'est guère disponible (possible), et, à quelques exceptions près, les taux d'infection par le SIDA sont considérables. Le revenu moyen est peu élevé dans tous les pays qui se situent dans cette catégorie. À trois exceptions près, tous ces pays se trouvent en Afrique subsaharienne.

Risque élevé (45 à 59 points) : En général, les 26 pays de cette catégorie ont de faibles niveaux de pratique de la contraception, des politiques restrictives en matière d'avortement, des taux de natalité élevés et une forte mortalité maternelle. La prévalence du VIH diffère beaucoup d'un endroit à l'autre. Dix-sept pays à risque élevé se trouvent en Afrique subsaharienne, tandis que les neuf autres comptent parmi les pays les plus pauvres de leur région.

Risque modéré (30 à 44 points) : Les femmes de ces 28 pays ont en moyenne moins de cinq enfants. L'obtention d'un avortement sans risque et légal est difficile, voire impossible, dans la plupart des pays de cette catégorie. Les 28 pays de cette catégorie se trouvent toutes dans les régions en développement.

Faible risque (15 à 29 points) : Dans la plupart de ces 34 pays, moins d'une adolescente sur 20 a un enfant par an et les femmes ont, en moyenne, moins de trois enfants. L'avortement est disponible sur demande dans beaucoup de ces pays. La prévalence du VIH est de moins d'un pour cent des adultes dans tous les pays de cette catégorie, sauf un.

Très faible risque (moins de 15 points) : Les femmes de ces 25 pays ont, en moyenne, au plus deux enfants. La pratique de la contraception est élevée, tandis que l'anémie des femmes enceintes, la prévalence du VIH et les morts à la suite de la grossesse et de l'accouchement sont rares. L'avortement est disponible sur demande dans presque tous les pays de cette catégorie. Sur les 25 pays de cette catégorie, 21 sont des pays industrialisés riches.

Encadré III.A.2 Les 10 indicateurs utilisés pour l'indice de risque reproductif de PAI :	Section correspondante dans le <i>Compendium</i>
1. Les naissances annuelles par 100 femmes âgées de 10 à 19 ans	Partie III.B ²
2. Le pourcentage des femmes pratiquant la contraception	Partie III.B
3. Les politiques d'avortement	Partie III.I
4. La prévalence de l'anémie parmi les femmes enceintes	Partie III.F
5. Le pourcentage des femmes recevant des soins prénatals	Partie III.D
6. Le pourcentage des naissances assistées par du personnel qualifié	Partie III.D
7. Le niveau de VIH/SIDA chez les hommes (%)	Partie III.C
8. Le niveau de VIH/SIDA chez les femmes (%)	Partie III.C ³
9. L'indice synthétique de fécondité (ISF)	Partie III.B
10. Morts maternelles par 100 000 naissances vivantes	Partie III.D

² Dans la Partie III.B, cet indicateur s'intitule **Taux de fécondité par âge (TFA)**.

³ Dans la Partie III.C, cet indicateur s'intitule **Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans**.

Partie III.B

Planification Familiale et Fécondité

- L'indice d'effort du programme de planification familiale
- Aider les individus à réaliser leurs intentions de procréation (l'indice HARI)
- Le nombre de nouvelles acceptantes de la contraception moderne
- Les années-couple de protection (ACP)
- La distribution par méthode
- Le taux de prévalence de la contraception (TPC)
- La source d'approvisionnement (par méthode)
- Les taux de continuité
- Le besoin non satisfait en matière de planification familiale
- Le désir d'enfants supplémentaires
- L'indice synthétique de fécondité souhaitée (ISFS)
- Les taux de fécondité par âge (TFA)
- L'indice synthétique de fécondité (ISF)
- L'indice synthétique de fécondité non souhaitée (ISFN)

PLANIFICATION FAMILIALE ET FÉCONDITÉ

Du point de vue méthodologique, l'évaluation des programmes est plus avancée dans le domaine de la planification familiale que dans tout autre domaine de la santé de la reproduction et ce, grâce à plus de 30 ans d'efforts et à un soutien financier soutenu pour ce travail. Il y a plusieurs facteurs qui ont grandement contribué au développement des méthodologies d'évaluation. Ce qui au départ était un souci démographique sous-tendant les premiers programmes de planification familiale s'est traduit en un effort pour suivre les résultats en termes quantitatifs, tel que le nombre de nouvelles acceptantes et d'utilisatrices continuant d'utiliser la contraception. C'est la question des « poids variables inégaux » accordés aux diverses méthodes (par ex., une personne acceptant le préservatif par rapport à une qui accepte la vasectomie) qui a donné naissance à l'indice des années-couple de protection (ACP).

Involontairement, ceux qui étaient les plus critiques et sceptiques envers la planification familiale ont renforcé les efforts en matière d'évaluation. Le débat qui a commencé dans les années 1970 au sujet de la contribution des programmes de planification familiale par rapport au développement socio-économique a incité les chercheurs à élaborer des méthodes permettant de démontrer l'effet **indépendant** de la planification familiale. Les scores attribués à l'effort du programme de planification familiale (Lapham et Mauldin, 1984) ont joué un rôle utile dans le cadre de cette recherche. Même si ce débat public s'est estompé, la démonstration de liens de causalité (les interventions du programme ont un impact) dans le domaine de l'évaluation des programmes de planification familiale, constitue encore un défi.

L'Enquête mondiale sur la fécondité (EMF) (réalisée entre 1972 et 1984) examinait surtout les déterminants de la fécondité, en portant peu d'attention aux questions relatives à la planification familiale et aux domaines de programme afférents. L'Enquête sur la prévalence de la contraception (EPC) réalisée pour la première fois en 1975 au Salvador a été élaborée aux fins de produire

davantage de résultats utiles au niveau des programmes en un temps plus court. De cet outil d'enquête ont ensuite découlé l'Enquête démographique et de santé (EDS) et l'Enquête sur la santé de la reproduction (ESR), toutes deux des enquêtes réalisées à l'échelle nationale auprès de femmes (et, de plus en plus, d'hommes) en âge de procréer dans des pays en voie de développement (Robey et al., 1992). L'EDS et l'ESR constituent maintenant les sources de données les plus largement utilisées dans le cadre de l'évaluation de programmes de planification familiale, grâce à la qualité des informations obtenues, à la standardisation des rubriques incluses dans le questionnaire de base, à l'existence de mesures répétées dans le temps et à possibilité de comparaisons entre pays. Ces types d'enquêtes s'étendent tous deux au-delà du domaine de la planification familiale pour recouvrir des thèmes connexes tels que la santé des mères/la maternité sans risque et la santé infantile. En tant que complément du questionnaire de base, l'EDS propose 12 modules optionnels, dont plusieurs sont particulièrement pertinents au domaine de la santé de la reproduction (tels que le statut des femmes et le renforcement de leurs pouvoirs d'action, la violence faite aux femmes, l'excision génitale féminine, le VIH/SIDA, et la mortalité maternelle). Une version de l'ESR sur les jeunes adultes existe, et plus récemment, en Afrique, on a trouvé des modules sur le comportement sexuel et le dépistage du VIH et du conseil sur ce sujet.

Un certain nombre de facteurs facilitent la tâche d'évaluer les programmes de planification familiale. Tout d'abord, « l'effet intermédiaire » (*intermediate outcome*)—ici le changement de comportement souhaité au niveau de la population—est un seul comportement, à savoir, l'utilisation d'une méthode de contraception (agrégée en une mesure de la prévalence de la contraception). Deuxièmement, en dépit du caractère délicat que revêt la planification familiale dans de nombreux pays (en particulier au tout début des programmes), les femmes sont disposées à et capables d'indiquer leur niveau d'utilisation de la contraception et ce, suivant un niveau élevé d'exactitude, dans la mesure

où l'interviewer met la personne interviewée à l'aise et la question est formulée clairement. Troisièmement, il existe une forte corrélation inversée entre l'effet intermédiaire de la prévalence de la contraception et l'un des effets principaux à long terme : c'est le cas de la fécondité (sauf dans les pays où le nombre d'avortements est élevé). Bref, dans le domaine de la planification familiale, les évaluateurs ont la chance de n'avoir affaire qu'à une variable d'effet unique, mesurable et valide. Les défis méthodologiques sont bien plus importants pour d'autres domaines de la santé de la reproduction (à l'exception peut-être de l'allaitement au sein). L'évaluation des programmes de planification familiale n'en présente pas moins quelques problèmes qui lui sont propres.

Les défis méthodologiques de l'évaluation des programmes de planification familiale

- **Les méthodes de contraception présentent des différences au niveau de l'efficacité de leur utilisation, de la durée de leur action et des chances que l'utilisatrice continue à les employer.**

Même si toutes les « méthodes du programme »¹ sont en mesure de protéger contre le risque de grossesse, certaines le font mieux que d'autres. Par conséquent, le programme ayant une proportion plus élevée d'utilisatrices de méthodes de long terme tendra à être plus efficace pour éviter les grossesses que ceux où les utilisatrices préfèrent des méthodes moins efficaces. La mesure fournie par les « années-couple de protection » (ACP) a été conçue pour remédier à ce problème, non

¹ Parmi les méthodes de programme, on trouve la pilule, les DIU, les injections, les préservatifs, les implants NOR-PLANT, la stérilisation masculine et féminine, les spermicides et la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (AL). Parmi les méthodes hors-programme, on trouve le rythme, le retrait, l'abstinence et les méthodes traditionnelles. L'efficacité plus faible de certaines méthodes se trouve reflétée dans la manière dont les principales enquêtes les considèrent. L'EDS rassemble des données sur les méthodes sus-mentionnées, mais à l'avenir, il est possible que les données de prévalence de la contraception excluent l'abstinence et les méthodes traditionnelles. Les enquêtes ESR n'incluent ni la méthode de l'AL, ni l'abstinence, et ni les méthodes traditionnelles dans le calcul de la prévalence de la contraception. Note : la différence entre méthodes de programme et méthodes hors-programme varie selon les pays. Par exemple, certains programmes ayant pour cible la jeunesse promeuvent l'abstinence ; il s'agit dans ce contexte d'une méthode de programme.

sans présenter aussi quelques inconvénients (que nous discuterons plus loin).

- **Les données issues d'enquêtes à grande échelle offrent les estimations les plus fiables de l'utilisation de la contraception, mais elles ont leurs inconvénients.**

Sans nier la grande valeur des données issues de l'EDS ou de l'ESR pour le suivi des tendances au niveau nationale, elles présentent trois principaux inconvénients. D'abord, de telles enquêtes sont réalisées tous les trois à cinq ans (au plus). Deuxièmement, pour la plupart des pays, elles ne dégagent pas de résultats précis pour des sous-régions géographiques (telles que les districts, les provinces) ; c'est pourtant généralement à ce niveau que les responsables de programme ont besoin d'informations. Troisièmement, la réalisation et l'analyse des enquêtes à grande échelle sont très coûteuses. Ce fait a mené certains pays à se demander s'il était faisable de continuer de les financer, surtout s'il n'y a pas de soutien des bailleurs de fonds. À cause de ces limitations, l'utilisation des statistiques de programme, telles que le nombre de nouvelles acceptantes et l'ACP, est très répandue dans le suivi régulier des programmes de planification familiale.

- **Pour démontrer l'impact des programmes de planification familiale sur le niveau d'utilisation de la contraception, il faut plus qu'un simple suivi de la prévalence de la contraception dans le temps dans un pays donné.**

De nombreuses personnes travaillant dans le domaine de la planification familiale aimeraient penser que « si la prévalence de la contraception augmente, c'est que le programme est réussi ». Cependant, il se peut que d'autres facteurs extérieurs au programme aient contribué à ces augmentations. Des expériences contrôlées sur le terrain visant à montrer ce qui aurait eu lieu en l'absence d'un programme de planification familiale ne sont pas faisables lorsqu'on évalue des programmes courants d'envergure nationale. Mais au cours des dix dernières années, le plus important défi méthodologique dans l'évaluation des programmes de planification familiale est celui de la définition de l'attribution. (Pour une description détaillée de cette question et des méthodes proposées pour y faire face, nous renvoyons le lecteur [ou la lectrice] à Bertrand, Magnani et Rutenberg, 1996, Chapitre IV). La méthodologie de l'évaluation est bien plus avancée dans le domaine de la planification

familiale que dans tout autre domaine de la santé de la reproduction. Cela provient en partie de ce que qu'un indicateur d'effet (*outcome*) valide et mesurable est disponible par le biais d'études du type EDS. Et pourtant, il est encore relativement rare que l'on puisse, dans l'évaluation de programmes de planification familiale, établir un lien de cause à effet.

- **Dans le cadre de programmes de planification familiale, la variable d'effet (*outcome*) à long terme n'est plus clairement définie.**

Avant la conférence du Caire de 1994, l'un des principaux objectifs de nombreux programmes de planification familiale – tout particulièrement en Asie – était de diminuer la fécondité, un indicateur fiable et relativement facile à mesurer. Alors que de nombreux gouvernements à travers le monde continuent de suivre la baisse de la fécondité comme effet souhaité des programmes de planification familiale, un certain nombre de programmes sont en train de revoir leur position dans le contexte élargi de la santé de la reproduction en tant que droit en matière de reproduction ou d'intervention sanitaire. Jusqu'à présent, il n'y existe pas de mesure standardisée et reconnue par tous, pour la mesure de ces autres effets. De plus, ces effets sont fortement influencés par d'autres facteurs en plus de l'utilisation de la contraception. L'indice HARI (sigle pour l'expression en anglais signifiant « aider les individus à réaliser leurs intentions de procréation » a été créé dans le but de combler ce manque [Jain, 1995 ; Jain, 2001]), mais son usage n'est pas encore très répandu. En bref, ce domaine s'est éloigné de la perspective étroite concentrée sur la fécondité. On attend cependant encore de voir apparaître un nouvel indicateur pour refléter les aspects relatifs à la santé et aux droits en matière de reproduction.

Presque tous les indicateurs dans cette section sont extraits directement du *Manuel d'indicateurs pour l'évaluation de programmes de planification familiale* (1994), ce qui indiquerait qu'il y a eu peu de changements au niveau des indicateurs de base pour l'évaluation des sorties et des effets dans le domaine de la planification familiale. Nous avons cependant réduit le nombre total d'indicateurs de planification familiale/fécondité de 35 à 13, ne retenant que ceux qui se sont avérés les plus utiles à l'évaluation des programmes sur le terrain.

L'INDICE D'EFFORT DU PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE

Définition

Cet indicateur est un score (allant de 0 à 120), fournissant une mesure de la force du programme de planification familiale dans un pays donné, en fonction de quatre dimensions (les activités au niveau politique et de préparation du contexte, les activités de services et celles qui y sont liées, l'évaluation et le maintien des dossiers, et l'existence et l'accessibilité de services et de produits pour le contrôle de la fécondité). L'étendue éventuelle du score est de 0 à 120 points, sur la base de 0 à 4 points pour chacune des 30 rubriques.

Les données nécessaires

Les réponses à un questionnaire détaillé venant d'informateurs clés (tels que des représentants du Ministère de la santé, de la branche nationale de l'IPPF ou d'autres ONG, des consultants internationaux connaissant bien ce pays, ainsi que d'autres individus informés).

Source(s) de données

Un questionnaire conçu spécialement dans le but d'obtenir cet indicateur, rempli par quatre à six personnes en moyenne par pays (dans les cas extrêmes, le nombre de répondants peut varier de 1 à 12). Il faut que les rubriques restent les mêmes pour les quatre étapes de la collecte de données.

But et questions

L'indice de l'effort du programme de planification familiale a pour but d'évaluer la force des programmes de planification familiale à travers le monde ainsi que de mesurer les changements dans le temps. Il vise à fournir une mesure de l'effort (entrée ou *input*) qui sous-tend le programme de planification familiale, et non les résultats atteints. Ces données ont été rassemblées au cours de cinq cycles différents sur une période de 27 ans, de 1972 à 1999. Le questionnaire contient environ 125 questions différentes se rapportant à 30 dimensions différentes de l'effort du programme. Il faut que les

chercheurs convertissent les réponses à ces questions en scores individuels (allant de zéro à quatre) pour chacune des 30 rubriques, selon un ensemble de règles établies.

L'Indice de l'effort du programme de planification familiale remplit plusieurs fonctions importantes :

1. Il rend possibles des comparaisons de programmes de planification familiale entre nations à différents moments au cours des 27 dernières années ;
2. Il suit l'évolution dans le temps du programme de planification familiale d'un pays donné ;
3. Il fournit une mesure des intrants (*inputs*) de la planification familiale, indépendamment des effets (*outcomes*) [tels que le taux de prévalence de la contraception ou le taux de fécondité]. En tant que tel, il a été employé dans le but d'analyser l'importance de l'effort de programme de planification familiale par rapport à celle de facteurs économiques et sociaux pour expliquer la diminution de la fécondité dans le monde (Lapham et Mauldin, 1984 ; Mauldin et Ross, 1991 ; Ross et Mauldin, 1996 ; Ross et Stover, 2001).

C'est surtout aux chercheurs, aux représentants de bailleurs de fonds et aux personnes intéressées à comprendre les programmes de planification familiale dans le contexte international que sert cet indice. Bien qu'il puisse illuminer les points forts et les faiblesses d'un programme national, il n'est pas jusqu'à présent l'outil que les responsables de programme au niveau d'un pays préfèrent pour définir les moyens d'améliorer les programmes. En effet, contrairement à d'autres mesures et d'autres outils largement utilisés (l'ACP, la prévalence de la contraception, les enquêtes EDS et ESR, l'analyse situationnelle), que beaucoup de responsables de programme connaissent à travers le monde en développement, l'Indice de l'effort du programme de planification familiale est utilisé surtout à des fins de recherche.

Deux critiques importantes ont été formulées à l'encontre de cet indice. Premièrement, d'aucuns avancent qu'un échantillon composé de quatre à six répondantes par cycle de collecte de données ne suffit pas à saisir correctement la complexité des programmes nationaux de planification familiale. Certains pays ont été évalués à partir de données venant de seulement une ou deux répondantes. Deuxièmement, de nombreuses personnes avancent qu'il existe un biais dans les réponses des informateurs clés, du fait qu'ils savent quels sont les effets (*outcomes*) les plus importants (l'utilisation de la contraception et la diminution de la fécondité). En d'autres termes, si la prévalence de la contraception est élevée, les répondants vont inconsciemment accorder des scores élevés aux questions relatives à la disponibilité de méthodes, pensant que les deux sont liés. Bref, bien que l'indice veuille fournir une mesure des intrants (*inputs*), il arrivera que les réponses soient biaisées par une connaissance des effets (*outcomes*).

Mais malgré ces limitations, l'Indice de l'effort du programme de planification familiale constitue une source précieuse d'informations pour la communauté internationale œuvrant dans le domaine de la santé de la reproduction. C'est la seule source de données proposant de mesurer les intrants en utilisant un ensemble standardisé de questions pour tous les pays et ne changeant pas avec le temps. Les résultats obtenus à l'aide de cet indice sont généralement en concordance avec les évaluations qualitatives du « niveau de qualité du programme de planification familiale » dans un pays donné. Par exemple, les résultats indiquent qu'en 1972, un quart de la population mondiale vivait dans des pays ayant des programmes de planification familiale très faibles ou inexistantes. En 1999, aucun pays du monde ne s'est trouvé dans cette catégorie. Inversement, la proportion de la population mondiale vivant dans des pays avec des programmes de planification familiale solides a augmenté de 39 pour cent en 1972 à 68 pour cent en 1999 (Ross et Stover, 2001). Il est assez étrange d'observer que certains programmes de planification familiale classés parmi les plus solides au monde (par ex., ceux de la Chine et de la République de Corée) ont en fait décliné au cours du cycle de collecte de données le plus récent, vraisemblablement du fait que l'initiative agressive des années antérieures dans le domaine de la planification familiale était rendue inutile, puisque la norme des familles peu nombreuses et de l'utilisation de la contraception était établie.

Pour la plupart, les indicateurs de ce *Compendium* ont été inclus dans le but d'encourager les évaluateurs et les chercheurs à collecter les données nécessaires à leur utilisation. Contrairement à cela, la collecte des données nécessaires au calcul de l'Indice de l'effort du programme de planification familiale est effectuée par une petite équipe de chercheurs établis aux États-Unis (cette équipe a inclus Bernard Berelson, Robert Lapham, Parker Mauldin, John Ross et John Stover au cours des différents cycles) qui utilisent un instrument de recherche uniformisé pour tous les pays. On trouvera une validation plus poussée de l'Indice de l'effort du programme de PF chez Mauldin et Ross, qui ont démontré que les scores contenant un « jugement catégorique » de la part des informateurs clés étaient relativement conformes à des mesures plus directes de divers aspects à travers une étude de cas visant à étudier à quel point ils étaient comparables (Mauldin et al., 1995). Cet indice s'avère utile à la communauté internationale œuvrant dans le domaine de la santé de la reproduction en ce qu'il fournit des données de ce genre pour usage secondaire, et non en tant que type d'informations collectées de façon régulière par les responsables de programme cherchant à améliorer leurs programmes.

AIDER LES INDIVIDUS À RÉALISER LEURS INTENTIONS DE PROCRÉATION (L'INDICE HARI)

Définition

L'efficacité des programmes de planification familiale du point de vue de l'utilisatrice, où les intentions de procréation sont réalisées avec succès, à la différence des indicateurs d'orientation plus démographique tels que la prévalence de la contraception ou l'ISF.

L'indice est formé de deux aspects : l'atteinte des intentions de procréation d'un individu, et le fait d'éviter les morbidités de santé de la reproduction liés aux efforts visant à atteindre les intentions de procréation mentionnées (Jain, 2001).²

Les données nécessaires

Les données suivantes fournies par les femmes en âge de procréer (en réponse aux questionnaires) :

- Les intentions de procréation et l'utilisation de la contraception notées à deux moments dans le temps, et les grossesses et naissances survenues au cours de la période intermédiaire ;
- Le regret au sujet de la stérilisation ; et
- Le fait d'avoir souffert de morbidités de santé de la reproduction liées à la grossesse et à la contraception au cours de la période intermédiaire.

Source(s) de données

Une enquête de panel (*Panel Survey*, en anglais) avec deux tours de collecte de données auprès des mêmes répondantes (une source idéale pour estimer dans quelle mesure les **individus** réalisent leurs intentions en matière de procréation) ; des enquêtes transversales (une possibilité encore peu étudiée dans la documentation disponible).

But et questions

En accord avec les objectifs mis en place lors de la CIPD de 1994 au Caire, cet indicateur permet d'élargir la

portée des programmes de planification familiale pour y intégrer des services en santé de la reproduction. Alors que traditionnellement, les programmes de planification familiale étaient évalués en fonction de l'utilisation de la contraception et d'une diminution de la fécondité, le but de nombreux programmes actuels est d'aider les individus à réaliser leurs intentions en matière de procréation tout en restant en bonne santé.

C'est en 1994 que Jain a proposé l'utilisation de l'indice HARI, mais jusqu'à ce que son article soit publié en 2001, personne n'avait encore publié de résultats à partir de l'utilisation sur le terrain de cet indicateur. L'expérience limitée d'utilisation de cet indicateur a été acquise lors d'une seule étude panel au Pérou, avec deux tours de collecte de données en l'espace de 29 mois. Les questions habituelles de l'EDS ont été élargies quelque peu afin d'obtenir des informations plus approfondies se rapportant à l'expérience de la stérilisation et aux problèmes éventuels de stérilité. Des questions supplémentaires avaient aussi été ajoutées lors du second tour, permettant de rassembler de façon rétrospective des informations sur les problèmes de santé de la reproduction qu'ont connus les femmes au cours de la période intermédiaire. Quoiqu'il soit relativement récent, nous avons incorporé cet indicateur au sein du *Compendium* parce qu'il fait partie des rares indicateurs où l'on essaie de saisir les objectifs des choix en matière de procréation tels qu'exprimés lors de la Conférence du Caire.

Les deux aspects de l'indice HARI pourraient être mesurés séparément. Il existe cependant un avantage éventuel à l'utilisation d'un indicateur combiné : il attire l'attention des chercheurs, des prestataires de services et des gestionnaires de programme sur les deux composantes. Certes, les problèmes de santé graves liés à la contraception et à la grossesse dans cette application contribuent généralement moins à l'indice HARI que les grossesses qui sont arrivées au mauvais moment, ces problèmes sont d'une importance cruciale du point de vue de l'individu. L'indice HARI présente plusieurs

² Pour la description de cet indicateur, nous nous sommes inspirés largement de l'article publié par Anrudh Jain (2001).

points forts. En premier lieu, il fournit une mesure du niveau de réussite et d'échec d'un programme de santé de la reproduction du point de vue de l'utilisatrice sur ce qui constitue la réalisation réussie des intentions en matière de SR. Ceci est en harmonie avec les objectifs du Caire. Deuxièmement, on considère qu'un programme a réussi si la grossesse a été souhaitée par la femme, si elle est intentionnelle. Troisièmement, on le juge réussi si une femme a évité une grossesse non voulue ou arrivant au mauvais moment, quel que soit sa situation en matière d'utilisation de contraception et indépendamment du fait qu'elle ait fréquenté des formations sanitaires pour éviter une grossesse non voulue. L'indice offre le reflet des intentions d'une femme en matière de procréation à partir des réponses des personnes enquêtées. Comme tel, l'indice parvient à surmonter le problème soulevé par l'utilisation clandestine ou non rapportée de moyens de contraception, un problème qu'on a pu identifier dans certains contextes. De plus, cet indice attire l'attention sur la nécessité, lors de la conception de programmes de planification familiale, de passer d'un simple désir de diminuer le nombre de grossesses non voulues à celui d'éviter de graves problèmes de santé génésique.

Il existe plusieurs limitations à la mise en application actuelle de l'indice. Premièrement, les deux aspects qui le composent se recoupent fortement, à savoir, la réalisation des intentions individuelles en matière de procréation et le fait d'éviter les morbidités graves liées aux efforts que fait un individu pour réaliser les intentions de SR qu'il s'est fixé. Un seul chiffre ne permet donc pas de donner une image complète des raisons pour lesquelles les femmes ne réalisent pas leurs intentions en matière de procréation sans nuire à leur santé, même s'il est possible de contourner cette limitation en présentant les données de façon séparée pour chaque sous-composante.

Deuxièmement, le meilleur contexte pour utiliser l'indice de HARI est l'enquête de panel (c.-à-d. une enquête qui rassemble des données auprès des mêmes répondantes en deux fois). Les enquêtes de panel offrent une estimation plus exacte de l'aspect de l'indice relatif à la réalisation des intentions en matière de procréation d'un individu. Il est rare cependant qu'elles soient menées dans des pays en voie de développement. Les rubriques concernant les intentions en matière de procréation et à quel point les grossesses ou les naissances récentes étaient souhaitées sont normales dans les enquêtes EDS. Mais les questions concernant les conséquences graves de santé liées à la grossesse et à la contraception ne sont pas la norme dans le contexte d'enquêtes actuelles sur la SR (telles que l'EDS ou l'ESR). Le fait d'inclure de

telles questions dans ces enquêtes sur la SR permettrait d'obtenir une estimation de cet indicateur à partir d'enquêtes transversales à grande échelle.

Troisièmement, on attribue à chaque élément de l'indice HARI un poids égal. Par exemple, une naissance non souhaitée compte autant que le fait d'avoir un problème de santé génésique ou qu'une grossesse arrivant au mauvais moment. De plus, le fait qu'une femme ne parvienne pas à réaliser ses intentions en matière de santé de la reproduction au niveau des deux aspects (par exemple, si une grossesse non voulue survient et qu'elle doit être hospitalisée suite à des complications liées à un avortement) peut dégager le même résultat au niveau de l'indice HARI que le fait d'échouer au niveau d'un seul des aspects. Aussi, on n'ajuste pas l'indice en fonction de changements survenant au niveau des intentions en santé de la reproduction, ni en fonction de clauses inadéquates ou encore de l'usage inadéquat de méthodes réversibles. On pourra ajuster l'indice HARI en attribuant des poids différentiels pour des femmes ayant des problèmes différents et en comptant l'approvisionnement ou l'utilisation inadéquats de la contraception comme un échec, à condition que de telles informations soient rassemblées.

Pour finir, l'indice HARI tel qu'il est mis en application aujourd'hui ne permet pas d'évaluer l'importance relative d'un ensemble plus vaste de problèmes génésiques définis dans le Programme d'action de la CIPD. On a peu intérêt à incorporer des indicateurs bien établis tels que la mortalité des nouveau-nés, infantile ou maternelle dans l'indice HARI. Les cancers du sein ou du col de l'utérus sont aussi trop rares pour être saisis par une enquête de ce genre. On peut suivre les progrès effectués au niveau d'actions préventives grâce à des indicateurs de processus tels que la proportion de femmes fréquentant une clinique qui ont des informations sur l'examen du sein ou qui obtiennent régulièrement une mammographie ou un frottis. L'indice HARI englobe pourtant un ensemble plus petit mais non moins important de problèmes de santé de la reproduction liés à la grossesse et à la pratique de la contraception. Il peut inclure aussi d'autres morbidités importantes du système reproductif (telles que les infections de l'appareil reproductif et les IST), à mesure que des progrès sont effectués en vue de leur dépistage sans faire appel à des tests de laboratoire.

LE NOMBRE DE NOUVELLES ACCEPTANTES DE LA CONTRACEPTION MODERNE

Définition

Le nombre de personnes qui acceptent, pour la première fois de leur vie, un méthode contraceptive (d'un programme), quelle qu'elle soit. Cet indicateur est fourni pour une période définie (un an, par exemple).

Les données nécessaires

Le nombre de personnes acceptant pour la première fois de leur vie une méthode de contraception (d'un programme), quelle qu'elle soit, au cours d'une période d'un an.

Source(s) de données

Les statistiques de services ; les enquêtes (une source possible, mais peu utilisée).

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure de la capacité du programme à attirer de nouvelles clientes à ses services en se tournant vers un segment « non exploité » de la population. La mesure élimine le problème consistant à compter parmi les « nouvelles » clientes celles qui changent de source pour des raisons pratiques ou financières. En tant qu'indicateur, il peut également refléter le degré de réussite de certains programmes de communication spéciaux ou d'autres interventions (par ex., les projets de marketing social) visant à accroître l'utilisation de services chez celles que le programme n'avait pas encore touchées. Mais, dans ce dernier cas, il ne faut pas oublier que, même en l'absence de l'intervention spéciale, les nouvelles acceptantes auraient pu obtenir cette même méthode ou une autre auprès d'une source différente (par ex., le secteur pharmaceutique non subventionné).

L'expression de « méthode de programme » se rapporte aux méthodes disponibles par le biais de programmes établis de planification familiale, à savoir : la pilule, le DIU, l'implant NORPLANT, les injections, le préservatif masculin, les spermicides, le diaphragme, la ligature des trompes, la vasectomie et la méthode de

l'aménorrhée lactationnelle (AL) si elles sont utilisées sous la supervision du programme. Aussi, une jeune femme qui obtenait auparavant des préservatifs dans une pharmacie n'est pas considérée une nouvelle acceptante. En revanche, une cliente qui jusqu'à présent dépendait du retrait, serait jugée une nouvelle acceptante puisqu'il ne s'agit pas d'une méthode d'un programme.

Le **nombre de nouvelles acceptantes de la contraception moderne**, défini comme étant la première utilisation au cours de la vie d'un individu d'un moyen contraceptif, rend le terme « nouvelle acceptante » moins ambigu et évite un compte double en cas de substitution.

On pourra également obtenir cet indicateur à partir de données d'enquête (par ex., à partir du « calendrier » utilisé par l'EDS ou d'autres outils de collecte de données permettant d'obtenir rétrospectivement les antécédents en matière de contraception). De plus, les enquêtes permettent d'inclure des méthodes qui ne sont pas dans le programme. Cependant, les enquêtes sont peu utilisées pour l'obtention de données sur les acceptantes. Toutefois, dans le contexte des enquêtes, pour l'interprétation des données on s'intéresse davantage à l'utilisation courante totale qu'à la « nouvelle utilisation ».

Le personnel du programme (y compris les personnes chargées de l'évaluation) pourra désagréger les statistiques de service en fonction de variables clés (telles que l'âge, le sexe, le nombre d'enfants, le lieu de résidence, le groupe ethnique, ou d'autres facteurs, selon leur pertinence dans un pays donné), et ce, dans le but d'obtenir le profil sociodémographique de la population d'où sont issues les clientes. Ces informations permettent de suivre les changements dans le temps au niveau de la composition de cette population et de déterminer si les programmes conçus pour atteindre certains sous-groupes le font.

LES ANNÉES-COUPLE DE PROTECTION (ACP)

Définition

La protection conférée par des services de planification familiale pendant un an, en fonction de la quantité de contraceptifs vendus ou distribués gratuitement aux clientes au cours de cette même période.

L'ACP est calculé en multipliant la quantité de chaque méthode distribuée aux clientes par un facteur de conversion, et ce, pour arriver à une estimation de la durée de la protection contraceptive conférée par unité de cette méthode (Wishik et Chen, 1973 ; Stover, Bertrand et Shelton, 2000). Les ACP pour chaque méthode sont ensuite additionnées pour toutes les méthodes pour obtenir une ACP totale.

Le projet ÉVALUATION a entrepris un examen approfondi de la documentation disponible et des données empiriques pour un certain nombre de variables qui façonnent les hypothèses de base servant au calcul de l'ACP. À partir de cette analyse, les chercheurs ont fait des recommandations pour une modification des facteurs de conversion pour l'ACP (décrits dans Stover, Bertrand et Shelton, 2000). L'USAID a accepté ces recommandations, mais a « harmonisé » les facteurs modifiés avec l'ensemble précédent de facteurs de conversion (autrement dit, les spécialistes de l'USAID ont retenu les anciens facteurs lorsqu'ils se rapprochaient des nouveaux, afin de perturber le moins que possible les systèmes de collecte de données à travers le monde). L'USAID a ensuite publié un ensemble de facteurs légèrement modifiés, qu'elle a utilisé dans le cadre de son système depuis 1997. Les facteurs de conversion approuvés par l'USAID sont les suivants :

Méthode	ACP par unité
Contraceptifs oraux	15 cycles par ACP
Préservatifs	120 unités par ACP
Tablettes de mousse vaginale	120 unités par ACP
DepoProvera (injectable) :	4 doses (ml) par ACP
Noristerat (injectable)	6 doses par ACP
Le DIU Cu "T" 380-A	3.5 ACP par DIU inséré

L'implant NORPLANT	3.5 ACP par implant
La stérilisation (masculine ou féminine)	9 ACP par procédure (valeur globale par défaut)*
La planification familiale naturelle	2 ans par adopteur formé, confirmé
La méthode de l'aménorrhée lactationnelle (AL)	4 utilisatrices actives par ACP

* Note : À cause de différences notables en termes d'ACP pour la stérilisation, selon le pays ou la région (fondées sur des différences au niveau de l'âge médian au moment de la stérilisation), pour chaque pays on devrait utiliser la valeur médiane pour la région où se trouve le pays (en sous-entendant que les données sur l'âge au moment de la stérilisation sont conformes à celle de la région). Les valeurs accordées à une stérilisation sont, par région :

- En Asie 10 ACP
- En Amérique Latine 10 ACP
- En Afrique 8 ACP
- Au Proche Orient/ Afrique du Nord 8 ACP

Quant aux programmes qui souhaitent utiliser des statistiques spécifiques à un pays, nous les renvoyons au rapport de Stover, Bertrand et Shelton (2000) pour trouver l'ACP adéquat.

On trouvera un exemple de calcul de cet indicateur à la fin de la discussion à ce sujet.

Les données nécessaires

Les quantités de pilules, de préservatifs et de spermicides distribués aux clientes ; le nombre de DIU et d'implants NORPLANT insérés ; le nombre d'injections administrées ; le nombre de stérilisations effectuées ; le nombre de clientes formées et confirmées en matière de planification familiale naturelle (PFN) ; le nombre de clientes utilisant la méthode de l'AL au cours de la période de référence.

Source(s) de données

Les statistiques de service ou un système d'informations en gestion logistique.

But et questions

L'ACP fournit une mesure du volume d'activité du programme. Il est utilisé par les responsables de programme et les bailleurs de fonds afin de suivre les progrès réalisés au niveau du programme ou d'un projet en ce qui concerne les services fournis. Vu que l'USAID et l'IPPF demandent aux organisations qu'elles soutiennent d'indiquer leurs résultats en termes de l'ACP, cette mesure est actuellement l'une des mesures de sortie (*output*) les plus employées au niveau des programmes de planification familiale.

Cet indicateur comporte plusieurs avantages :

- On peut le calculer à partir de données collectées régulièrement par les programmes ou par les projets, donnant un minimum de travail de collecte ;
- Ces données peuvent être obtenues à partir de tous les mécanismes de prestation de services, à savoir, les cliniques, la distribution à base communautaire (DBC), le marketing social/commercial ; et
- Le calcul de l'ACP est relativement simple.

Il comporte cependant plusieurs inconvénients, dont les principaux sont :

- Il n'est pas facile de saisir intuitivement par ceux qui ne travaillent pas dans le domaine ;
- On ne peut pas définir le nombre de personnes que représente l'ACP. Si, par exemple, un programme administre 10 000 injections de DepoProvera, cette quantité équivaut à 2 500 ACP. Théoriquement, ce chiffre représente 2 500 femmes protégées chacune pendant 12 mois. Mais en fait, il pourrait s'agir de 5 000 femmes couvertes pendant six mois chacune ou de 10 000 femmes couvertes pendant 3 mois chacune ; et
- La validité des hypothèses sur lesquelles repose le choix des facteurs de conversion est le sujet de remises en question.

Quant au calcul de l'ACP pour les méthodes à long terme, dans la plupart des programmes, on enregistre la quantité entière au « profit » de l'année civile pendant laquelle la méthode est acceptée par la cliente. Si, par

exemple, un programme de planification familiale effectuait 100 procédures de stérilisation chirurgicale volontaires au cours d'une année donnée, les 900 ACP (à savoir, 100 procédures x 9 ans chacune) seraient enregistrées pour cette même année, bien que la protection liée à ces procédures concerne non seulement cette année-là mais aussi les neuf prochaines années. Une autre approche consiste à « annualiser » cette projection en la décomposant sur une période de neuf ans. Le même principe s'applique au DIU et à l'implant NORPLANT. Bien que la première approche (à savoir, le crédit de la quantité entière de l'ACP à l'année de l'acceptation) ait fait l'objet de vives critiques, elle n'en représente pas moins la plus utilisée dans la plupart des programmes rendant compte de l'ACP, probablement parce qu'elles soient plus facilement applicables.

Dans l'idéal, l'ACP devrait se fonder sur le volume de contraceptifs distribués à des clientes qui, en principe, vont les utiliser, et non sur la quantité distribuée au établissements où ces contraceptifs peuvent rester dans des cartons ou sur des étagères, inutilisés. Cependant, dans certains projets tels que les projets de marketing social, il n'est pas toujours possible de suivre la quantité exacte de produits distribuée effectivement aux clientes. Plutôt, les seuls moyens de calculer l'ACP consistent à suivre la quantité de contraceptifs après livraison aux détaillants en question. Étant donné que ces derniers ne stockeront probablement pas des produits qui s'écoulent lentement, il est probable (après la livraison initiale) que la plupart des contraceptifs vendus aux détaillants arriveront aux mains des consommatrices. Mais dans les cas où le calcul de l'ACP se fonde sur le volume de produits livrés aux détaillants et non directement aux clientes elles-mêmes, il convient à ceux ou celles préparant le rapport sur les ACP de préciser ce détail aux utilisatrices de l'information.

Exemple de calcul

ACP, en fonction des facteurs de conversion donnés plus haut.

Méthode	Quantité	ACP
Contraceptifs oraux	5 022	334,8
DIU	87	304,5
Préservatifs	62 810	523,4
Tablettes vaginales	3 900	32,5
Ligature des trompes	13	117,0
DepoProvera	1 277	319,3
<hr/>		
TOTAL		1631,5

LA DISTRIBUTION PAR MÉTHODE

Définition

La distribution, en pourcentage, des utilisatrices (ou des acceptantes) de la contraception, par méthode.

Les données nécessaires

Le nombre d'utilisatrices (ou d'acceptantes) par méthode.

Source(s) de données

Les statistiques de service (fondées sur les programmes) ou des enquêtes de type EDS (basées sur la population).

But et questions

La distribution par méthode présente un profil du niveau relatif d'utilisation des différentes méthodes de contraception. Une distribution élargie par méthode indique que la population en question a accès à toute une gamme de méthodes de contraception différentes. Inversement, la distribution par méthode peut indiquer : (1) un biais chez le prestataire de services dans le système si une méthode est nettement préférée par rapport aux autres, (2) les préférences des utilisatrices ou (3) les deux.

Il arrive souvent que la distribution des méthodes change, à cause de l'introduction dans un pays d'une nouvelle méthode (par ex., l'injection), de l'absence de disponibilité de certaines méthodes à cause de ruptures de stock, d'un besoin accru d'une méthode offrant une protection contre les IST (les préservatifs), et des préférences des utilisatrices. Les données sur la distribution par méthode pourront signaler l'existence de ces changements mais ne fournissent aucune indication sur les raisons de ces changements. L'utilisation de méthodes qualitatives pourra permettre de mieux comprendre les motivations amenant les clientes à changer de méthode.

Étant donné les problèmes liés au suivi du nombre d'utilisatrices actuelles en fonction des statistiques de service, la distribution par méthode se fonde

généralement sur les acceptantes et non sur les utilisatrices actuelles, lorsqu'elle est mesurée au niveau du programme. Les deux ne donnent pas la même distribution, puisque les données sur les utilisatrices sont le reflet de l'accumulation de méthodes durables des années précédentes.

De même, on peut s'attendre à une certaine divergence au niveau de la distribution par méthode calculée à partir de statistiques d'un programme par rapport aux enquêtes, même dans le cas de programmes avec des données fiables. (Cela vient du fait que les statistiques reflètent l'activité au cours de l'année civile étudiée, alors que les résultats d'enquête englobent les utilisatrices continuant d'employer des méthodes durables et qui les ont adoptées au cours des années précédentes, et n'ont donc pas eu besoin ou n'ont pas choisi de revenir à la clinique pendant l'année civile étudiée). En outre, les données issues d'enquêtes peuvent aussi regrouper des méthodes traditionnelles, les méthodes hors-programme (telle que le retrait) et les méthodes de programme disponibles hors-programme (par ex., les pilules dans les pharmacies).

Dans le cas de la distribution par méthode, il ne s'agit pas de savoir quelle est la meilleure source de données, le programme ou la population. Les deux sont utilisées pour la prévision des besoins futurs en matière de contraception dans un pays. De nombreux évaluateurs jugent que les données d'enquête sont plus fiables pour évaluer les préférences face à certaines méthodes, parce qu'elles englobent les clientes tant du secteur public que du secteur privé, en plus de ceux/celles qui utilisent une méthode hors-programme telle que le retrait. Il faut cependant garder à l'esprit que dans les données d'enquête (telles que celles de l'EDS ou de l'ESR), le coefficient de variation peut être grand, et peut ainsi affecter la stabilité de l'estimation. C'est particulièrement applicable dans les cas où la proportion d'utilisatrices d'une méthode spécifique est très faible. Et finalement, les données d'enquête et les statistiques de service ne concordent

pas toujours. Cette situation peut se présenter si les statistiques de service sont « exagérées », s'il y a des pertes dans le système, ou si des produits sont vendus à l'extérieur de la zone visée par le programme (par ex., de l'autre côté d'une frontière).

En dépit de discussions importantes entourant la distribution par méthode, il existe relativement peu d'indications dans la littérature publiée sur ce qui constitue une distribution souhaitable par méthode, exception faite de Hutchings, Perkin et Saunders (1987), et de Potter (1999). Dans l'ensemble, les praticiens supposent qu'un programme devrait répondre aux besoins changeants de la population aux différentes étapes du cycle de procréation et offrir des méthodes réversibles à celles qui souhaitent espacer les naissances et des méthodes permanentes à celles qui ont le nombre souhaité d'enfants. Par conséquent, on pourra critiquer des programmes qui n'offrent pas de méthodes permanentes ou ceux qui insistent trop sur ces méthodes. Et pourtant, au sein de la catégorie des méthodes réversibles, la distribution des acceptantes par type de contraceptifs variera selon la disponibilité de méthodes spécifiques, les coûts, les préférences locales et d'autres facteurs. Il est donc difficile de généraliser à propos de ce qui constitue une distribution souhaitable.

Cet indicateur et la question du genre

Il peut arriver que la distribution par méthode de contraception signale un équilibre entre les sexes au niveau de la responsabilité en matière de contraception dans un pays ou un programme donné. Dans l'ensemble, la vasectomie, même si elle est moins dangereuse et moins coûteuse, est beaucoup moins disponible et pratiquée que la stérilisation féminine. Près d'un tiers des personnes utilisant la contraception se fient à la stérilisation féminine, alors que seulement sept pour cent s'appuient sur la vasectomie. En Inde, le rapport de 35 stérilisations féminines pour une vasectomie indiquerait qu'au niveau du programme, il existe un biais important en faveur de la responsabilité des femmes en matière de contraception. Dans de nombreuses régions de l'Afrique subsaharienne, la vasectomie est une méthode pour ainsi dire inconnue. Le préservatif, la méthode du rythme et celle du retrait exigent également la participation ou la responsabilité masculine. L'un des buts des efforts visant à impliquer les hommes comme partenaires dans la planification familiale et la santé de la reproduction est d'encourager plus d'équité entre les sexes au niveau de la pratique en matière de contraception.

LE TAUX DE PRÉVALENCE DE LA CONTRACEPTION (TPC)

Définition

La proportion de femmes en âge de procréer qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode de contraception à un moment donné, indiquée le plus souvent pour des femmes mariées ou en union sexuelle.

En général, cette mesure comprend toutes les méthodes de contraception (modernes et traditionnelles), mais elle pourra aussi inclure seulement les méthodes modernes.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Le nombre de femmes en âge de procréer (mariées ou en union) utilisant une méthode de contraception}}{\text{Le nombre total de femmes en âge de procréer (mariées ou en union)}} \times 100$$

Exemple de calcul

Par exemple, l'EDS pour le Pérou (2000) a dégagé les données suivantes sur le TPC chez les femmes âgées de 15 à 49 ans :

	Femmes actuellement mariées ou en union :
Toutes les femmes :	
TPC = 10 240/27 843	TPC = 10 776/15 628
= 0,440 x 109	= 0,689 x 100
= 44,0	= 68,0

Source de données : Enquête démographique et de santé, Pérou, 2000

Les données nécessaires

Le nombre total de femmes en âge de procréer, par situation d'état civil ; et parmi elles, le nombre qui utilisent actuellement une méthode de contraception.

Source(s) de données

Les enquêtes sur la population.

But et questions

Le TPC fournit une mesure de la contraception au niveau de la population en tenant compte de toutes les sources d'approvisionnement et de toutes les méthodes de contraception. C'est la mesure la plus communément produite des effets (*outcomes*) de programme de planification familiale au niveau de la population.

En termes techniques, le TPC est un rapport et non un taux. La prévalence est mesurée par un rapport et l'incidence mesurée par un taux. Pour une année donnée, la prévalence de la contraception mesure la proportion de femmes en âge de procréer en union et qui utilisent un moyen de contraception. Si on veut obtenir le taux de la véritable utilisation de la contraception, il faut que le dénominateur reflète la population à risque (de grossesse), autrement dit, les femmes sexuellement actives qui ne sont pas infécondes, enceintes ou aménorrhéiques. Le numérateur devrait comprendre le nombre d'utilisatrices de la contraception au sein de cette population. Veuillez noter que nous n'incluons cet élément qu'à des fins informatives. La communauté internationale œuvrant dans le domaine de la population emploie le terme de « taux de prévalence de la contraception » tel que défini plus haut ; ce *Compendium* adopte cette pratique à des fins de constance.

Par convention, on fonde le calcul de la prévalence de la contraception sur les femmes mariées ou en union sexuelle (même si la plupart des enquêtes de type EDS posent des questions sur l'utilisation de la contraception chez les femmes en âge de procréer, indépendamment de leur situation matrimoniale). Dans des pays où il existe relativement peu d'activité sexuelle en dehors du mariage pour les femmes, le fait de fonder les estimations de la prévalence sur les femmes en union sexuelle englobe bien le groupe courant le risque de grossesse. Cependant, dans les pays où il existe une activité sexuelle importante en dehors du mariage ou des unions sexuelles stables, une estimation de la prévalence fondée sur les femmes en union ne ferait que laisser de côté une proportion

importante d'utilisatrices courantes. Les chercheurs et évaluateurs de programmes calculent donc aussi la proportion de femmes sexuellement actives non mariées utilisant un moyen de contraception, si cela s'applique, en plus de la prévalence de la contraception. Ils le font parce que les méthodes utilisées sont très différentes, selon qu'il s'agit de femmes mariées ou non mariées (en union stable ou non).

Si, théoriquement, on peut calculer le TPC à partir de statistiques de service sur le nombre d'utilisatrices actuelles et sur les estimations de la population à risque, la pratique, aujourd'hui, consiste à faire des enquêtes sur la population. On fait cela pour éviter le plus possible les problèmes liés au fait qu'il est difficile de garder à jour le nombre d'utilisatrices actuelles et d'obtenir des estimations exactes de la population. (Parmi les problèmes, on trouve, pour nommer les principaux, celui des données incomplètes, le compte double d'utilisatrices qui entrent en contact avec le système de prestation de service à plusieurs points, l'inflation volontaire des statistiques de service et la qualité médiocre des données à cause d'autres tâches attendant ceux chargés de ce travail).

L'EDS et l'ESR sont actuellement les sources principales auxquelles on a recours pour obtenir des estimations de la prévalence au niveau national. Tel que mentionné dans la première partie, dans ce *Compendium*, par « EDS » on entend « enquêtes de type EDS », à savoir, les enquêtes EDS elles-mêmes, les enquêtes ESR réalisées avec le soutien technique du *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), et d'autres enquêtes à l'échelle nationale de grande envergure réalisées par les pays eux-mêmes sous d'autres auspices (en Algérie, au Bangladesh, en Chine, au Costa Rica, à Cuba, en Inde, à Singapour, en Afrique du Sud, en Corée du Sud, à Taiwan, en Turquie et au Vietnam, par exemple). On pourra également utiliser des enquêtes de plus petite échelle et/ou plus ciblées pour obtenir une estimation du TPC, dans la mesure où des sondages probabilistes sont utilisés, constituant le meilleur moyen d'obtenir des estimations solides du point de vue scientifique. On pourra également obtenir le TPC en ajoutant aux enquêtes des questions pertinentes se rapportant à d'autres thèmes (par ex., la prévalence du programme sanitaire ou enquêtes sur la couverture). On suivra dans ce cas des méthodes d'échantillonnage et utilisera les nombres d'échantillons appropriés.

LA SOURCE D'APPROVISIONNEMENT (PAR MÉTHODE)

Définition

La distribution, en pourcentage, des points de prestation de service mentionnés par des utilisatrices comme étant la source d'approvisionnement de leur méthode de contraception (s'il existe plus d'une source, alors on considère la plus récente).

Les sources de données

Le nombre de répondantes utilisant actuellement un moyen de contraception, le type de méthode utilisée et leur source d'approvisionnement (la plus récente) pour cette méthode.

Source(s) de données

Des enquêtes sur la population.

But et questions

Cet indicateur est utile aux responsables de programme de planification familiale puisqu'il leur montre où les utilisatrices de moyens de contraceptions s'approvisionnent. Il permet ainsi d'évaluer l'efficacité des programmes et de prévoir les besoins en approvisionnement. Il convient tout particulièrement aux pays qui souhaitent transférer une plus grande proportion des services de planification familiale du secteur public au secteur privé. Par exemple, les enquêtes de type EDS dégagent des informations sur le pourcentage de prévalence des méthodes modernes qui revient au secteur privé.

Dans la plupart des pays, la source d'approvisionnement peut varier sensiblement en fonction du type de méthode. La contraception chirurgicale volontaire, les DIU, et les implants NORPLANT doivent être fournis dans un établissement clinique (y compris les services cliniques mobiles). Les pilules sont disponibles dans les cliniques en plus des points de vente commerciaux et points de distribution à base communautaire (DBC). Le DepoProvera, par le passé une méthode dispensée uniquement en milieu clinique, a été introduit dans le cadre de programmes de DBC et est maintenant disponible en pharmacie dans certains pays. Les préservatifs et spermicides peuvent être distribués par

n'importe quel type d'établissement. Ainsi, les données concernant les sources d'approvisionnement sont-elles particulièrement utiles lorsqu'elles sont classées par méthode.

La « source d'approvisionnement » est un indicateur dégageant deux types d'information : le type de formation sanitaire et le type de secteur (public/privé). Le type de formation sanitaire recoupe l'hôpital, le centre de santé, la clinique de planification familiale, le service mobile, la pharmacie, l'agent de santé, le médecin privé et les magasins, entre autres. Sous le type de secteur, on trouve les programmes gouvernementaux, d'une part, et le secteur privé, d'autre part (on y inclut l'association locale de planification familiale, les détaillants commerciaux, les médecins privés et d'autres praticiens privés). Dans l'idéal, les données sur les sources d'approvisionnement devraient indiquer l'utilisation de la contraception, en pourcentage, pouvant être attribuée au programme gouvernemental, à l'association privée de planification familiale, au secteur privé (les pharmacies, les médecins privés) ainsi qu'à d'autres sources jugées pertinentes.

Il est cependant souvent difficile de faire la distinction entre le secteur public et le secteur privé, tout particulièrement dans des pays ayant de multiples sources de contraception. La répondante risque d'identifier à tort une clinique donnée comme étant une clinique publique, alors qu'en réalité, il s'agit d'une clinique privée (ou elle ne saura tout simplement pas si la clinique est publique ou privée). Un médecin privé pourrait bien participer à un programme subventionné en vue d'offrir des services à faible coût à des groupes spécifiques. Face à ce problème, le questionnaire de l'EDS fournit maintenant une ligne où marquer le nom effectif de la formation sanitaire. Après l'entretien, un membre de l'équipe de recherche code l'endroit mentionné suivant une classification correcte fondée sur des listes standard de PPS. Les PPS qui ne sont pas sur la liste seront classés par la suite en contactant les principaux informateurs originaires de la région.

LES TAUX DE CONTINUITÉ

Définition

La probabilité cumulative selon laquelle des acceptantes d'une méthode de contraception utiliseront toujours une méthode de contraception offerte par le programme après un temps donné (par ex., un an).

C'est ce qu'on appelle aussi le taux de continuité « de toutes les méthodes ».

Lorsqu'on utilise des données transversales sur la population, le taux de continuité pour chaque intervalle d'utilisation (par ex., le premier, le deuxième, le troisième, etc., mois d'utilisation) est calculé comme étant le complément du rapport entre les acceptantes qui arrêtent d'utiliser une méthode de contraception du programme après ce temps et le nombre de femmes qui l'utilisent encore au début du mois (autrement dit, 1 moins le taux de discontinuité). On pourra ensuite cumuler ces taux pour obtenir la probabilité que les acceptantes d'une méthode de contraception utiliseront encore une méthode du programme après la période de temps spécifiée.

Cet indicateur, $[(TC_x)]$ est calculé de la manière suivante :

$$\frac{x(1-q_x)}{\Pi} = [(TC_x)]$$

Où :

$x = 1$

$q_x = T_x/N_x$ = la probabilité conditionnelle d'arrêt d'utilisation pendant un intervalle donné (par ex., un mois, un trimestre) ;

T_x = le nombre de femmes arrêtant l'utilisation pendant l'intervalle en question ; et

N_x = le nombre de femmes utilisant au début de l'intervalle en question.

Veillez noter que Π signifie que $(1-q_x)$ est multiplié par tous les intervalles allant de 1 à x .

Exemple de calcul

Les taux de continuité pour des méthodes réversibles pour des durées de 1 à 12 mois, Bangladesh, 1992-97

x	T _x	N _x	q _x	TC _x
1	291,3	4422,5	0,0659	93,4
2	160,1	4025,9	0,0398	89,7
3	205,9	3803,1	0,0541	84,8
4	89,9	3502,6	0,0257	82,7
5	61,2	3322,9	0,0184	81,1
6	107,5	3173,7	0,0339	78,4
7	68,7	2998,3	0,0229	76,6
8	57,2	2868,5	0,0199	75,1
9	74,6	2757,4	0,0271	73,0
10	59,8	2579,8	0,0232	71,3
11	55,8	2458,0	0,0227	69,7
12	109,5	2350,8	0,0466	66,5

Source de données : Enquête démographique et de santé du Bangladesh, 1996/97

Les données nécessaires

Des informations sur la première utilisation, l'utilisation continue (y compris le changement de méthode) et l'arrêt de la contraception pendant une période de référence donnée (par ex., 3 à 5 ans précédant une enquête). En fonction de cette information, on peut calculer le nombre, en pourcentage, de personnes qui ont utilisé continuellement une méthode pour une durée spécifiée (par ex., 12 mois, 18 mois) ainsi que la durée médiane d'utilisation.

Source(s) de données

Sur la base de la population : des enquêtes avec chronologies ou calendriers rétrospectifs de l'utilisation de la contraception.

Sur la base du programme : les dossiers des clientes accompagnés d'une étude de suivi sur les abandons au programme. Notons que cette source est rarement utilisée.

But et questions

Les taux de continuité de la contraception fournissent une mesure récapitulative utile de l'efficacité générale avec laquelle les services d'un programme donnent aux clientes les moyens de continuer d'utiliser la contraception, même s'il arrive qu'elles changent de méthode. Toutefois, pour le calcul des taux de continuité à partir d'enquêtes, il faut connaître l'analyse des tables de survie pour les sous-régions du pays en question (et moins pour les formations sanitaires individuelles). Cet indicateur est donc plus utile à une analyse au niveau national qu'aux niveaux régional ou local.

Les évaluateurs peuvent calculer les taux de continuité soit avec des données provenant des formations sanitaires, soit avec des données sur la population. Toutefois, les données des formations sanitaires comportent un certain nombre de limitations ; les chercheurs auront donc tendance à préférer l'utilisation d'enquêtes de grande envergure pour obtenir des mesures plus valides de la continuité au sein de la population ciblée (par ex., Blanc, Curtis et Croft, 1999).

En théorie, il est possible d'obtenir des taux de continuité au niveau du programme, lorsque les évaluateurs utilisent des études de suivi sur les nouvelles acceptantes à un moment précis dans le temps après l'adoption de la méthode en question (par ex., 12 mois). Cette technique est cependant rarement utilisée (sauf dans le cadre d'essais cliniques), vu le niveau de difficulté et de dépenses nécessaires pour trouver ces acceptantes un an plus tard.

La source de données préférée est le « calendrier ». C'est un format de collecte de données employé dans le cadre d'enquêtes transversales, telles que l'EDS. Ces enquêtes connaissent également leurs propres limitations, à savoir : (a) elles dépendent de l'exactitude du rappel de la répondante, (b) elles ne permettent pas de faire le rapprochement entre les répondantes et des PPS spécifiques et (c) elles risquent de ne pas saisir toute la chronologie contraceptive (par ex., lorsqu'on utilise un calendrier quinquennal).

Il est important de distinguer entre la discontinuité et l'échec d'une méthode de contraception. Il arrivera qu'une personne interrompe l'emploi de la contraception parce qu'elle choisit d'arrêter l'emploi d'une méthode donnée, à cause d'une grossesse accidentelle. Dans ce cas, l'échec de la méthode représente une sous-catégorie de la discontinuité. L'échec de la méthode entraîne forcément un arrêt. Tous les arrêts ne sont cependant pas imputables à l'échec d'une méthode.

LE BESOIN NON SATISFAIT EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Définition

Le nombre ou de la proportion de femmes fécondes actuellement mariées ou en union qui souhaitent, soit ne plus avoir d'enfants, soit remettre les futures naissances à plus tard, et qui n'utilisent pas couramment de méthode de contraception.

Le nombre total de femmes avec un besoin non satisfait de planification familiale regroupe deux catégories de femmes : (a) celles ayant un besoin non satisfait de limitation et (b) celles ayant un besoin non satisfait d'espacement.

Les femmes ayant un besoin non satisfait de limitation sont celles qui ne souhaitent plus avoir d'enfants et qui n'utilisent pas couramment une méthode de contraception. Les femmes ayant un besoin non satisfait d'espacement sont celles qui souhaitent remettre à plus tard la naissance de leur prochain enfant pour une durée spécifiée (par exemple, pour au moins deux ans à compter de la date de l'enquête) et qui n'utilisent pas couramment une méthode de contraception.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$N_L + N_E = N$$

Où :

N = le nombre ou la proportion de femmes ayant un besoin non satisfait de planification familiale ;

N_L = le nombre ou la proportion de femmes ayant un besoin non satisfait de limitation ; et

N_E = le nombre de femmes ayant un besoin non satisfait d'espacement.

Veillez noter que le calcul lui-même du besoin non satisfait est assez complexe, nous décrivons en détail dans l'annexe H.

Exemple de calcul

Estimation du besoin non satisfait de planification familiale, Pérou, 2000 (exprimé en tant que pourcentage des femmes actuellement mariées ou en union).

$$\begin{aligned} N &= N_L + N_E \\ &= 6,7 + 3,6 \\ &= 10,3 \end{aligned}$$

Source de données : Enquête démographique et de santé au Pérou, 2000

Les données nécessaires

Les réponses aux questions d'enquête portant sur :

- Le souhait d'avoir d'autres enfants et, dans l'affirmative, l'intervalle intergénéral souhaité ;
- L'utilisation ou la non utilisation actuelle de la contraception ;
- La situation actuelle en ce qui concerne la fécondité, la grossesse et l'aménorrhée pour des femmes qui n'utilisent pas de méthode de contraception au moment de l'enquête ;
- Le fait que la dernière grossesse ou la grossesse courante était planifiée ou non (en ce qui concerne le nombre et/ou le moment) selon les réponses de femmes enceintes ou aménorrhéiques au moment de l'enquête ; et
- Le fait qu'une méthode de contraception était utilisée (ou non) au moment de la grossesse courante ou de la grossesse précédente.

Prière de noter que l'utilisation de l'information pour les deux derniers éléments du calcul de l'indicateur est expliquée ci-dessous.

Source(s) de données

Les enquêtes sur la population.

But et questions

Cet indicateur fournit des informations sur la taille d'un sous-groupe extrêmement important pour la gestion des programmes de planification familiale, à savoir, les femmes courant le risque de tomber enceintes ayant un besoin apparent de services de planification familiale, à en croire leur souhait exprimé de limiter ou d'espacer les futures naissances, mais qui n'utilisent pas de moyen de contraception. Ces femmes connaissent une « demande non satisfaite » ou un « besoin non satisfait » de planification familiale et sont la cible prioritaire logique des efforts effectués par les programmes dans ce domaine.

Cet indicateur pourrait également être interprété comme le nombre de clientes supplémentaires qui utiliseraient la contraception (en plus des utilisatrices actuelles) si toutes les femmes courant le risque d'une grossesse et souhaitant, soit arrêter d'avoir des enfants, soit remettre les naissances à plus tard, adoptaient un moyen de contraception.

L'indicateur découle de la décomposition de la demande totale de services de planification familiale en deux composantes, à savoir, la « demande satisfaite », et la « demande insatisfaite » (ou le « besoin insatisfait »). La demande satisfaite comptabilise les femmes ayant une demande de planification familiale qui utilisent un moyen de contraception pour atteindre leurs objectifs en matière de procréation ; le besoin non satisfait ou la demande non satisfaite se rapporte au femmes ayant une demande apparente pour la planification familiale et qui n'utilisent pas de moyen de contraception.

Selon la procédure proposée par Westoff et Ochoa (1991), dans le contexte de cet indicateur, on jugera que les femmes courent un risque de grossesse dans les cas suivants :

- Si elles sont en âge de procréer et actuellement mariées ou en union ;
- Si elles sont féconde ;
- Si elles n'utilisent pas de moyen de contraception ; et
- Si elles ne sont pas actuellement enceintes ou aménorrhéiques.

Cependant, les catégories suivantes de femmes ne sont pas jugées avoir un besoin non satisfait de planification familiale et, par conséquent, il faudrait les exclure du calcul de l'indicateur :

- Les femmes couramment enceintes ou aménorrhéiques qui utilisaient un moyen de contraception au moment où elles sont tombées enceintes lors de la dernière grossesse ou de la grossesse actuelle (bien que ces femmes semblent avoir besoin d'une méthode de contraception plus efficace, on ne considère pas qu'elles aient besoin de planification familiale, puisqu'elles utilisaient un moyen de contraception) ;
- Les femmes couramment enceintes ou aménorrhéiques dont la grossesse a été indiquée comme étant intentionnelle ; et
- Les femmes fécondes qui souhaitent avoir leur prochain enfant dans les deux années à venir.

Bongaarts (1991) a proposé deux modifications de la procédure d'estimation décrite dans l'annexe H : (1) un ajustement pour tenir compte du fait que la satisfaction du besoin d'espacer, par le biais d'un moyen de contraception, entraîne une diminution du besoin de limitation, en ce sens que l'espacement a pour conséquence de repousser la date à laquelle une femme atteint son nombre désiré d'enfants ; et (2) un ajustement visant à corriger la tendance sus-mentionnée à surestimer le besoin d'espacement. Bongaarts propose d'utiliser les estimations calculées en utilisant la méthode décrite ci-dessus comme point de départ pour corriger les problèmes perçus. Une comparaison des estimations à partir des deux méthodes montre que celle de Westoff tend à fournir des estimations du niveau de besoins non satisfait supérieures en moyenne de cinq pour cent environ à celles obtenues en utilisant l'approche de Bongaarts (Bongaarts, 1991 ; Westoff et Ochoa, 1991). Nous prions le lecteur de se reporter à ces références pour de plus amples détails sur les deux méthodes de calcul de cet indicateur.

Un autre perfectionnement possible consisterait à inclure dans le calcul le besoin non satisfait pour les femmes mariées, les femmes non mariées et toutes les femmes en âge de procréer. Ce perfectionnement s'applique particulièrement aux pays où une proportion importante des naissances se fait à l'extérieur des mariages ou unions reconnus.

Certains chercheurs ont avancé l'idée que la définition du « besoins non satisfait » devrait être élargie pour inclure les femmes qui utilisent : (1) des méthodes de contraception traditionnelles (vu le taux d'échec élevé de ces méthodes); (2) incorrectement ou irrégulièrement une méthode théoriquement efficace ; et (3) une méthode qui n'est pas sûre ou qui ne leur convient pas (Foreit, 1992 ; Dixon-Mueller et Germain, 1992). L'ESR a apporté des modifications au calcul du besoin non satisfait pour y inclure les méthodes de contraception traditionnelles dans les pays où elles sont très utilisées (par ex., en Europe de l'Est, en Turquie, à l'Île Maurice). L'adoption de ces autres définitions ferait nettement augmenter les estimations du nombre de femmes ayant un besoin non satisfait en matière de planification familiale dans de nombreux pays en voie de développement.

Un indicateur connexe, la satisfaction de la demande de services de planification familiale, comprend le pourcentage de la demande de planification familiale à tout moment qui se trouve satisfaite par l'utilisation présente de la contraception. Donc :

La satisfaction de la demande de PF = 1 – la demande non satisfaite

Cet indicateur et la question du genre

Avec une approche sensible aux questions de genre pour aborder la question du besoin non satisfait, on s'attacherait à étudier les facteurs menant à l'existence d'un besoin non satisfait, à faire la différence entre le besoin non satisfait des femmes et celui des hommes et à inclure les stratégies de prestation de services sensibles au genre.

1. Des facteurs menant à un besoin non satisfait :

- L'accès aux connaissances et aux ressources du ménage qui leur permettraient d'utiliser de façon efficace la planification familiale, est-il différent pour les femmes et pour les hommes ?
- Le niveau d'autonomie dans la prise de décision et de liberté de mouvement nécessaire à l'utilisation efficace de la planification familiale, est-il différent chez les femmes et chez les hommes ?
- Les femmes et les hommes ont-ils les capacités de communication nécessaires pour parler de leurs préférences en matière de procréation et de contraception avec leur partenaire ?
- L'utilisation de la planification familiale contribue-t-elle à la violence basée sur le genre, qu'elle soit réelle ou crainte ?

2. Le besoin non satisfait des femmes et des hommes :

- Dans quelle mesure les femmes et les hommes partagent-ils leurs préférences en matière de procréation ?
- Est-ce que les normes régissant les relations sexuelles en dehors des liens du mariage sont différentes selon qu'il s'agit de femmes ou d'hommes ? Et qu'en est-il des attentes en ce qui concerne les enfants conçus avec des partenaires sexuels différents ?
- Dans les sociétés où existe la polygamie, de quelle manière les femmes et les hommes perçoivent-ils la procréation ?
- Est-ce que la préférence pour un fils constitue un thème dominant au niveau de préférences de procréation des hommes et des femmes ?

3. Les questions relatives à la prestation de services :

- Les prestataires sont-ils/elles formé(e)s de sorte à pouvoir reconnaître les obstacles liés au genre à l'utilisation efficace de la planification familiale (par ex., peut-être qu'il est difficile pour les clientes de poser des questions) ?
- Les prestataires sont-ils (elles) formé(e)s de sorte à pouvoir détecter la violence familiale ?
- Est-ce que les normes culturelles et les biais reliés au genre chez le (la) prestataire contribue à ce que le besoin soit insatisfait ? (par ex., les femmes non mariées ou veuves ne devraient pas avoir de relations sexuelles, mais c'est acceptable pour les hommes jeunes et les veufs) ?
- Existe-t-il au niveau du système de prestation de services des stratégies pour diminuer l'effet des contraintes dues au genre d'ordre financier ou liées à l'accès ? Les services sont-ils disponibles à des heures et en des lieux pratiques tant pour les clientes que pour les clients ?

LE DÉSIR D'ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES

Définition

Le nombre ou de la proportion de femmes (ou d'hommes) en âge de procréer qui souhaitent avoir un (autre) enfant ou, inversement, qui ne souhaitent plus avoir d'enfants.

Les données nécessaires

Les nombres ou proportions de répondants indiquant qu'ils souhaitent ou ne souhaitent pas avoir d'autres enfants.

Source(s) de données

Des enquêtes sur la population ou des données provenant d'établissements sanitaires.

But et questions

Cet indicateur est couramment utilisé dans les enquêtes pour identifier, (1) d'une part, les femmes (ou les hommes) qui veulent d'autres enfants et (2) d'autre part, celles (ou ceux) qui ne souhaitent pas avoir davantage d'enfants et qui témoignent ainsi de leur besoin ou demande de limitation de fécondité. L'EDS pose la question suivante aux femmes mariées ou vivant en union qui ne sont pas enceintes : « Aimerez-vous avoir un (autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir (ou ne plus avoir) d'enfants ? » Parallèlement, on demande aux femmes enceintes (ou qui sont dans l'incertitude à ce sujet) au moment de l'enquête, « Une fois que l'enfant que vous attendez est né, aimeriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ? » En fonction des réponses à ces deux questions, on pourra classer les répondantes en deux catégories : celles souhaitant avoir d'autres enfants, et celles qui souhaitent éviter toute grossesse future. On considère que les femmes rangées dans cette dernière catégorie ont une « demande de planification familiale ».

Les évaluateurs pourront également utiliser les réponses à ce type de question de pair avec des informations sur la fécondité et l'utilisation présente de la contraception pour évaluer le niveau de besoin non satisfait en matière de planification familiale (voir l'annexe H).

Des informations comparables peuvent parfois être obtenues des statistiques de service des programmes de planification familiale réalisées en milieu clinique. On pose souvent aux nouvelles clientes des questions analogues à celles incluses dans l'EDS, afin de déterminer l'adéquation des diverses méthodes par rapport aux intentions sur le plan de la fécondité, à savoir, les méthodes appropriées pour limiter ou espacer les naissances.

Malgré les réserves émises au départ quant à la validité des mesures du comportement réel en matière de fécondité basées sur les enquêtes de ce type, des études récentes ont dégagé des preuves assez convaincantes de solides associations au niveau agrégé entre, d'une part, les souhaits exprimés d'avoir d'autres enfants et, d'autre part, les modes courants d'utilisation de la contraception et de fécondité actuelle et future (Bongaarts, 1990 ; Westoff, 1991). On juge actuellement que cet indicateur est relativement non biaisé, puisque les répondant n'ont aucune raison évidente de sur- ou sous-estimer les préférences au niveau du désir d'avoir d'autres enfants.

L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ SOUHAITÉE (ISFS)

Définition

Le nombre d'enfants qu'aurait une femme (ou 1 000 femmes) si, tout au long de sa (ou leur) vie féconde, elle (ou elles) avait (ou avaient) un nombre d'enfants conforme au taux de fécondité par âge, ne prenant en compte que les seules naissances « souhaitées » ou « désirées ».

Pour cet indicateur, on définira naissances « souhaitées » en tenant compte, d'une part, de la taille souhaitée de la famille et d'autre part, du nombre d'enfants vivants. Toutes les naissances au cours d'une période référence spécifiée (en général, de deux à cinq ans avant l'enquête) qui ne portent pas le « nombre d'enfants vivants » de la répondante au-delà de la dimension « souhaitée » de la famille, sont classées comme naissances souhaitées. Des naissances qui causent que le nombre d'enfants vivants dépasse la taille souhaitée de la famille sont considérées comme des naissances non souhaitées.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\text{ISFS} = 5 \sum \frac{(\text{NS}_a)}{(\text{E}_a)}$$

Où :

NS_a = le nombre de naissances « souhaitées » chez les femmes dans la groupe d'âge a au cours d'une année ou d'une période de référence donnée ; et

E_a = le nombre de personnes-années d'exposition dans la groupe d'âge a au cours de la période référence.

Les données nécessaires

Les réponses aux questions d'enquête concernant :

- Le nombre des naissances enregistrées au cours d'une période récente (généralement les deux à cinq ans années avant une enquête) et les dates de ces naissances ;

- Le nombre souhaité d'enfants ou la taille idéale de la famille ; et
- Le nombre total d'enfants nés et le nombre d'enfants vivants.

Source(s) de données

Des enquêtes sur la population.

But et questions

L'ISFS est une mesure de la fécondité « souhaitée ». C'est une estimation hypothétique de ce que serait l'indice synthétique de fécondité (ISF), vu les taux de fécondité par âge sur une période récente si tous les désirs des femmes en matière de fécondité se réalisaient ; en d'autres termes, s'il n'y avait que des naissances « souhaitées ». Avec l'ISFS, il s'agit d'essayer d'éviter le risque que l'indicateur pour le nombre de naissances souhaitées soit biaisé, en définissant 'souhaité' ou 'non souhaité' en fonction de la constance (ou du manque de constance) entre la taille souhaitée de la famille, telle qu'indiquée, et le nombre d'enfants vivants, et non pas en tenant compte des informations rétrospectives sur les intentions en matière de fécondité au début de la grossesse.

On calcule cet indicateur en faisant la somme des taux de fécondité par âge ou selon l'indice synthétique de fécondité après l'exclusion des naissances enregistrées au cours d'une période de référence spécifiée, ce qui fait que le nombre d'enfants vivants des répondantes de l'échantillon dépasse le nombre souhaité d'enfants qu'elles ont indiqué.

Dans l'EDS, le nombre de naissances survenant au cours de la période de référence spécifiée est extrait de la partie « histoire des naissances » de l'entrevue. Le nombre d'enfants vivants est indiqué en réponse aux questions sur la fécondité totale et la survie. Les informations sur la taille souhaitée de la famille sont obtenues à partir de questions d'enquête.

La définition que nous avons donnée de l'ISFS s'inspire des travaux de Lightbourne (1985, 1987) et de Westoff (1991) (qui l'a décrite au départ sous le terme « d'indice synthétique de fécondité désirée », ou ISFD). Bongaarts (1990) propose une définition modifiée de l'ISFS, selon laquelle les naissances souhaitées sont définies en fonction du fait que les répondantes de l'enquête souhaitent ou non d'autres enfants au moment de l'enquête et non pas sur la base de la comparaison du nombre souhaité d'enfants et du nombre d'enfants vivants. Cette définition implique que les naissances survenant au cours d'une période référence spécifiée sont classées comme étant souhaitées si la répondante a indiqué au moment de l'enquête qu'elle voulait d'autres enfants.

L'argument lancé en faveur de cette définition révisée est qu'elle se fonde sur les réponses aux questions concernant les préférences en matière de fécondité. C'est une estimation de la demande probablement moins affectée par les biais de notification que l'indicateur de taille désirée de la famille (Bongaarts, 1990). Une comparaison des estimations des deux versions de l'ISFS pour 48 pays de l'EDS indique que les deux mesures sont plus ou moins proches pour la plupart des pays, avec une différence moyenne entre les mesures d'environ 9 pour cent – 4,09 contre 3,76 (Bongaarts, 1990). Sur la base des connaissances acquises à ce jour, les deux versions de l'ISFS semblent préférables, pour définir la fécondité, à la question de savoir si la dernière grossesse était désirée.

La comparaison entre l'ISFS et l'ISF donne une indication de la mesure dans laquelle la fécondité observée dépasse la fécondité souhaitée. Une comparaison de ce genre permet aux responsables du programme et aux décideurs de mieux évaluer la demande éventuelle pour les services de planification familiale, dans le court ou le moyen terme et la possibilité d'une diminution de la fécondité à l'avenir (Westoff, 1991). Dans le cas du Burkina Faso, par exemple, la comparaison entre l'ISF (6,4) et l'ISFS (5,7) indique qu'une proportion considérable de la fécondité actuelle ne serait pas souhaitée et qu'il existe une demande latente notable au sein de cette population ; aussi peut-on s'attendre à un accroissement de la prévalence de la contraception et à une baisse de la fécondité, si toutefois des services de planification familiale étaient à la disposition de la population (Institut national de la statistique et de la démographie et Macro/ORC., 2000).

LES TAUX DE FÉCONDITÉ PAR ÂGE (TFA)

Définition

Le nombre de naissances enregistrées au cours d'une année ou d'une période de référence données pour 1 000 femmes en âge de procréer, classées par tranche d'âge d'une année ou de cinq ans.

On calcule de TFA de la manière suivante :

$$TFA_a = \frac{N_a}{E_a} \times 1000$$

Où :

N_a = le nombre de naissances chez des femmes dans le groupe d'âge a au cours d'une année ou d'une période référence donnée ; et

E_a = le nombre de personnes-années d'exposition dans le groupe d'âge a au cours de la période référence spécifiée.

Les données nécessaires

Le nombre de naissances au cours d'une année ou d'une période référence donnée, par âge de la mère et le nombre de femmes en âge de procréer (c.-à-d., âgées de 15 à 44 ans, ou de 15 à 49 ans), dans des groupes d'âge d'un an ou de cinq ans

Source(s) de données

Les statistiques d'état civil (numérateur uniquement), les recensements de la population ou enquêtes sur la population

But et questions

Le TFA est surtout utilisé de deux manières, à savoir : (1) par groupes d'âge recouvrant les années fécondes, autrement dit, en tant que mesure du mode de distribution relative de la fécondité en fonction de l'âge des femmes, et (2) en tant qu'étape intermédiaire dans le calcul de l'**indice synthétique de fécondité (ISF)**, que nous discuterons ensuite dans cette section.

Exemple de calcul

Estimations du TFA moyen annuel pour toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans en Égypte, 1997-2000

Groupe d'âge	Naissances N_a	Persones-années d'exposition E_a	Taux/femme	Taux/1000 personnes-années
15-19	764	14893,2	0,051	51
20-24	2304	11747,2	0,196	196
25-29	1994	9602,3	0,208	208
30-34	1295	8805,5	0,147	147
35-39	564	7549,5	0,075	75
40-44	161	6643,2	0,024	24
45-49	19	4498,8	0,004	4

Source de données : Enquête démographique et de santé de l'Égypte, 2000.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, les évaluateurs pourront estimer le TFA à partir de plusieurs sources. Lorsque le TFA est évalué à partir des données de l'état civil, on utilise pour calculer le dénominateur les projections de population ou les estimations du nombre de femmes ayant entre 15 et 49 ans par groupe d'âge. Lorsque des données de recensements ou d'enquêtes sont utilisées, on peut en dériver à la fois le numérateur et le dénominateur du TFA. Les estimations à partir des recensements se fondent sur les questions concernant le nombre de naissances au cours d'une période spécifiée, précédent le recensement (généralement 12 mois). Quant aux estimations obtenues à partir d'enquêtes, elles peuvent être faites soit en fonction des questions sur les naissances survenues pendant une période préalable spécifiée, soit à partir des chronologies de naissances, partielles ou complètes.

Il existe une procédure plus simple, bien que moins précise, pour l'estimation du dénominateur de ce taux. Elle repose sur l'emploi du nombre moyen de femmes pour chaque tranche d'âge pendant la période de référence couverte par la mesure (en d'autres termes, la moyenne pour chaque tranche d'âge au début et en fin de la période de référence).

Des périodes de référence de plus d'un an sont souvent utilisées pour le calcul des TFA à partir de données d'enquête pour la raison suivante : réduire la variabilité de l'échantillonnage associée à des nombres relativement peu élevés de naissances annuelles chez des femmes dans des groupes d'âge d'un an ou de cinq ans, ainsi qu'à des biais de notification introduits par l'imprécision des périodes de référence. Par exemple, diverses analyses de données de fécondité issues de l'EDS utilisent tantôt une période de trois ans, tantôt cinq ans, préalable à l'enquête, pour calculer le TFA (Arnold et Blanc, 1989 ; Lutz, 1990). Dans les cas où de multiples années sont utilisées pour effectuer les calculs, on présente normalement les taux annuels moyens.

Contrairement au taux brut de naissance, le TFA n'est pas affecté par des différences ou des changements au niveau de la composition d'âge de la population. Cela en fait un indicateur plus utile pour comparer les différentes populations ou les différents sous-groupes et pour mesurer les changements dans le temps. Toutefois, le TFA est affecté par des différences ou des changements au niveau du nombre ou de la proportion de femmes exposées au risque de grossesse. Par conséquent, les variations au niveau du TFA pourraient fournir des informations erronées concernant l'impact des

programmes de planification familiale sur la fécondité alors que d'autres facteurs influençant le risque de grossesse sont en train de changer (par exemple, dans les 15 à 19 ans ou les 20 à 24 ans lorsque l'âge de mariage est en train d'augmenter rapidement).

Pour faire face à ce problème, on peut calculer les TFA uniquement pour les femmes qui étaient continuellement mariées ou en union pendant la période de référence utilisée pour la mesure. L'indicateur qui en résulte est connu sous le nom de Taux de fécondité maritale par âge (TFMA). Cependant, pour calculer cette mesure, il faut des données sur la durée du mariage ou les chronologies de mariage. Dans la pratique, les TFMA sont le plus estimés en calculant le TFA pour les femmes mariées ou en union au moment de l'enquête. Il faut cependant reconnaître qu'il s'agit là uniquement d'une mesure approximative du TFMA, vu que les femmes qui sont mariées ou en union au moment d'une enquête donnée ne seront pas forcément mariées ou en union pendant toute la période de référence de la mesure (par ex., pour les trois à cinq ans précédant l'enquête).

Les TFA sont parfois calculés pour différents groupes de femmes. Par exemple, dans les rapports d'enquête EDS par pays, on présente le TFA des femmes mariées ou en union et pour toutes les femmes en âge de procréer. Dans les sociétés où la procréation est confinée en grande partie au mariage, le TFA pour les femmes actuellement mariées ou en union fournira une couverture plus ou moins complète de la fécondité récente. Cependant, là où une proportion importante de la fécondité se situe en dehors des unions reconnues, le fait de limiter le TFA aux femmes actuellement mariées entraînera une sous-estimation du niveau de fécondité actuelle.

C'est un indicateur particulièrement intéressant dans les pays, les villes ou les districts avec des interventions en SR pour les adolescent(e)s visant à faire diminuer le nombre de grossesses non voulues. Même si le TFA est peu utilisé en tant que mesure d'effets (*outcome*) lorsqu'on évalue de tels programmes (à cause des ressources humaines, financières et logistiques nécessaires à la collecte des données), c'est une variable que les gestionnaires de programme et les décideurs politiques suivent dans le temps. Elle leur permet d'évaluer au niveau macro l'efficacité d'un programme tout en tenant compte des influences qui y sont extérieures.

L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ (ISF)

Définition

Le nombre d'enfants par femme (ou par 1 000 femmes) qui naîtraient si cette femme ou ces femmes donnaient naissance, tout au long de ses (ou leurs) années fécondes, au nombre d'enfants correspondant aux taux de fécondité par âge observés au moment de l'enquête.

On calcule l'ISF de la manière suivante :

$$\text{TFR} = \frac{\sum \text{TFA}_a}{\text{(pour des groupes d'âge d'un an)}}$$

ou :

$$\text{TFR} = \frac{5 \sum \text{TFA}_a}{\text{(pour des groupes d'âge de cinq ans)}}$$

Où :

TFA_a = le taux de fécondité par âge pour des femmes dans le groupe d'âge a (exprimé sous forme de taux par femme).

Exemple de calcul

Estimation de l'ISF annuel moyen pour toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans en Égypte, 1997-2000.

$$\begin{aligned} \text{ISF} &= 5 (0,051 + 0,196 + 0,208 + 0,147 + 0,075 + \\ & 0,024 + 0,004) \\ &= 3,53 \end{aligned}$$

Où les chiffres entre parenthèses sont des taux par âge pour les tranches d'âge suivantes : 15 à 19 ans, 20 à 24 ans, ..., 45 à 49 ans, respectivement.

Source des données : Enquête démographique et de santé en Égypte, 2000.

Les données nécessaires

Le spectre actuel des taux de fécondité par âge (TFA) pour des groupes d'âge d'un ou de cinq ans.

Source(s) de données

Les statistiques d'état civil (pour le numérateur seulement), les recensements de la population ou des enquêtes sur la population.

But et questions

L'ISF est la mesure de fécondité la plus utilisée dans les évaluations d'impact de programme et ce, pour deux raisons principalement : (1) il n'est pas affecté par les différences ou les changements au niveau de la composition par âge et par sexe, et (2) il pourrait être une mesure de fécondité hypothétique achevée facile à comprendre.

Même s'il est dérivé du TFA, un taux de fécondité sur une période spécifiée, l'ISF constitue une mesure du niveau anticipé d'une fécondité achevée par femme (ou pour 1 000 femmes) si, tout au long des années de fécondité, elles avaient des enfants en fonction du TFA actuel. Nous soulignons le fait que l'ISF n'est qu'une mesure hypothétique d'une fécondité achevée. Il est donc possible que les femmes en âge de procréer à n'importe quel moment dans l'avenir aient une famille d'une taille très différente de ce que l'ISF actuel pouvait prévoir, si des variations du taux de fécondité par âge notées à l'avenir en venaient à augmenter ou à diminuer.

Puisque l'ISF se fonde sur un ensemble de TFA, les commentaires et les mises en garde qui s'appliquaient au TFS s'y appliquent également (notamment en ce qui concerne les méthodes de calcul à partir de sources de données différentes, les effets de variations des risques de grossesse et les conséquences de la prise en compte des femmes actuellement mariées ou de toutes celles en âge de procréer). Tout comme dans le cas du TFA, on pourra calculer l'ISF pour des femmes qui sont restées mariées ou en union tout au long de la période

de référence de la mesure, afin d'atténuer des effets de confusion sur les différences dans l'exposition au risque de grossesse (dans la mesure où les différences sont associées à la situation matrimoniale). Cette mesure est connue sous le nom d'Indice de fécondité synthétique maritale (IFSM).

Veillez noter également que si la fourchette d'âge standard sur laquelle est fondée l'ISF est de 15 à 49 ans, il arrive parfois qu'à des fins d'analyse, on utilise d'autres groupes d'âge pour calculer l'ISF (par ex., de 15 à 34 ans), afin de minimiser les effets de troncature lors de l'examen des tendances au sein d'une cohorte, à partir des données chronologiques de naissances.

L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ NON SOUHAITÉE (ISFN)

Définition

Le nombre d'enfants qu'aurait eu une femme (ou 1 000 femmes) si, durant ses (ou leurs) années fécondes elle (ou elles) avait (ou avaient) eu des enfants correspondant au calendrier courant de fécondité non souhaitée.

On peut dériver l'indice synthétique de fécondité non souhaitée en soustrayant la composante « souhaitée » de l'indice synthétique de fécondité.

On peut calculer cet indicateur de deux manières :

(1)

$$\text{ISFN} = 5 \frac{(B_{a,u})}{(E_a)}$$

or (2)

$$\text{ISFN} = \text{ISF} - \text{ISFS}$$

Où :

$B_{a,u}$ = le nombre de naissances non souhaitées chez les femmes du groupe d'âge a au cours d'une année ou d'une période référence donnée

E_a = le nombre de personnes-années vécues par les femmes du groupe d'âge a au cours de la période de référence en question ;

ISF = l'indice synthétique de fécondité pour une année ou une période référence donnée ; et

ISFS = l'indice synthétique de fécondité souhaitée.

Exemple de calcul

Estimation de l'ISFN pour toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, Égypte, 1997-2000

$$\begin{aligned} \text{ISFN} &= \text{ISF} - \text{ISFS} \\ &= 3,53 - 2,85 \\ &= 0,68 \end{aligned}$$

Source de données : Enquête démographique et de santé en Égypte, 2000.

Les données nécessaires

Les réponses aux questions d'enquête par âge de femme, concernant :

- Les nombres et les dates des naissances survenues au cours d'une période récente (généralement, les deux à cinq ans avant une enquête) ;
- Le nombre désiré d'enfants ou la taille de la famille souhaitée ;
- Le nombre d'enfants vivants ; et
- Le souhait d'avoir d'autres enfants.

Source(s) de données

Les enquêtes sur la population.

But et questions

L'ISFN est une mesure hypothétique du nombre moyen de naissances « non souhaitées » qu'une femme (ou une cohorte de femmes) aurait eues au cours de sa vie féconde si elle suivait les calendriers courants de la fécondité non souhaitée. Étant donné que l'aspect souhaité des naissances se fonde sur les préférences en matière de procréation ou sur la demande d'enfants, cet indicateur fournit une mesure directe de l'impact du programme de planification familiale en ce qui concerne le soutien aux femmes et aux couples à atteindre leurs buts en matière de procréation (autrement dit, à éviter des grossesses non souhaitées).

Dans l'exemple du calcul pour l'Égypte, l'estimation de 0,68 indique que les femmes en Égypte auraient en moyenne 0,68 naissances non souhaitées tout au long de leur vie féconde si les taux courants de fécondité et la demande d'enfants s'appliquaient à toutes les années fécondes des femmes en âge de procréer au moment de l'EDS de l'an 2000.

Partie III.C

Les IST et le VIH/SIDA

- L'indice d'effort du programme SIDA
- Disponibilité de préservatifs à l'échelle nationale
- Pourcentage de la population ayant une attitude tolérante envers les personnes VIH-positives
- Pourcentage de la population ayant des connaissances sur les moyens de prévention du VIH
- Pourcentage de la population n'ayant pas de croyances erronées sur le SIDA
- Pourcentage de la population ayant des connaissances sur les moyens de prévention de la transmission mère-enfant du VIH
- Pourcentage de la population ayant demandé et subi le test du dépistage du VIH et ayant reçu les résultats
- Centres de conseil et de test VIH volontaires répondant aux conditions minimales pour assurer la prestation de services de qualité
- Pourcentage de femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH
- Cliniques de consultations prénatales offrant des services CTV et une orientation vers ces services
- Pourcentage de la population ayant eu des rapports sexuels à risque au cours de l'année précédente
- Pourcentage d'utilisation de préservatifs au cours du dernier rapport sexuel à risque
- Pourcentage d'hommes ayant recours au commerce du sexe au cours de l'année précédente
- Pourcentage de jeunes ayant eu multiples partenaires sexuels au cours de l'année précédente
- Pourcentage de jeunes utilisant un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque
- Pourcentage d'usagers de drogues injectables n'échangeant jamais leur matériel au cours du dernier mois
- Pourcentage d'unités de sang pour transfusion ayant passé un dépistage
- Pourcentage de patients atteints d'IST recevant un diagnostic correct et un traitement approprié
- Pourcentage de patients atteints d'IST recevant de conseil sur l'usage du préservatif et la notification du partenaire, et de l'orientation vers des services de dépistage du VIH
- Pourcentage de centres de santé offrant des services IST ayant un approvisionnement adéquat de médicaments
- Nombre/pourcentage de centres de santé ayant la capacité de fournir des soins adéquats à des patients infectés par le VIH
- Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans
- Prévalence du VIH dans les groupes de populations à risque
- Pourcentage d'enfants de moins de 18 ans qui sont orphelins

Le VIH/SIDA est au cœur des préoccupations des spécialistes de la santé publique et des bailleurs de fonds internationaux, alors que la pandémie dévastatrice continue à se répandre. L'ONUSIDA estimait qu'à la fin de 2005 l'ONUSIDA à l'échelle mondiale, 38,6 millions de personnes, étaient infectées par le VIH, plus de 60 pour cent d'entre elles résidant en Afrique.

Même si les ressources financières et humaines ne sont pas adéquates pour faire face au défi colossal que représente la lutte contre le VIH/SIDA, les fonds provenant de donateurs internationaux ont poussé jusqu'à l'extrême la capacité d'absorption de nombreuses organisations. En Afrique, et tout particulièrement dans les pays où l'infection atteint près d'un tiers de la population adulte dans les régions urbaines, de nombreux professionnels de la santé sont eux-mêmes infectés. Bref, c'est généralement pour la mise en œuvre des programmes que les ressources humaines sont mobilisées ; dans ce contexte de crise, on peut comprendre que l'évaluation n'est pas forcément une priorité.

Cependant, l'épidémie ne montre aucun signe de déclin, et les bailleurs de fonds se rendent compte que c'est à long terme qu'ils doivent rester engagés au niveau des initiatives de lutte contre le VIH/SIDA. Les montants alloués à la lutte contre le VIH/SIDA augmentent, mais en même temps, les appels à une utilisation responsable et efficace de ces fonds se multiplient. Le nombre d'instruments de collecte de données et d'indicateurs s'est accru, en réponse au besoin d'amélioration dans les domaines du suivi et de l'évaluation.

C'est au milieu des années 1980 que la première initiative à l'échelle mondiale visant à uniformiser les indicateurs d'évaluation a été mise en place dans le contexte du Programme mondial SIDA (PMS) de l'OMS. Des spécialistes représentant des organisations clés dans ce domaine se sont rencontrés à Genève sur une période de plusieurs années de la fin des années 1980 et au début

des années 1990, dans le but d'élaborer une série de 10 « indicateurs de prévention » (ou « IP »). C'était une initiative fort louable, en ce sens que l'uniformisation des indicateurs promettait plusieurs avantages : les pays ayant peu de ressources à allouer à l'évaluation n'auraient pas à réinventer la roue ; tous pourraient bénéficier de l'appui de ce groupe de spécialistes. Les données de cet ensemble standardisé d'indicateurs présentent un avantage supplémentaire : elles permettent des comparaisons entre pays. Cependant, dans certains pays, la mise en application des IP s'est avérée difficile. Peu de pays étaient en mesure de produire les données nécessaires à l'élaboration de ces indicateurs, et/ou les données n'étaient pas forcément valides. Seuls quelques pays ont utilisé les IP pour le suivi des tendances au niveau des programmes, des connaissances ou des comportements.

Beaucoup de changements se sont produits au cours des dix dernières années dans le domaine des programmes VIH/SIDA. La prévention reste le secteur prioritaire, mais il faut aussi que les programmes fournissent des soins aux malades et du soutien aux personnes infectées et touchées par l'épidémie. Il a donc fallu modifier les outils pour le suivi et l'évaluation de façon à les adapter à ces programmes plus complexes.

Les efforts de suivi et d'évaluation dans le domaine du VIH/SIDA ont grandement évolué au cours des trois dernières années, grâce à une collaboration entre le projet MEASURE *Evaluation*, l'ONUSIDA, l'OMS, les Centres des Etats-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), *Family Health International* (FHI), ainsi que d'autres organismes collaborateurs de l'USAID travaillant dans le domaine de l'élaboration de programmes VIH/SIDA et de leur évaluation. Le projet MEASURE *Evaluation* et l'ONUSIDA ont ensuite coordonné la préparation d'études de cas pour passer en revue les systèmes de S&E pour les programmes VIH/SIDA dans 13 pays

et pour évaluer le degré de faisabilité de la collecte de données à partir de différents IP. Ces études de cas ont fourni des éléments d'appui permettant (a) de redéfinir la liste des indicateurs les plus utiles à des fins de suivi et d'évaluation des programmes VIH/SIDA, et (b) de modifier les outils nécessaires à la mesure de ces indicateurs ou d'en développer de nouveaux.

En l'an 2000, l'ONUSIDA et ses partenaires¹ ont publié un manuel intitulé *Programmes SIDA nationaux : guide de suivi et d'évaluation*. Dans cette section, nous avons repris les « indicateurs principaux » tirés du manuel de l'ONUSIDA, tels qu'ils sont apparus dans l'original. Nous avons fait cela parce que cet ensemble d'indicateurs était élaboré au cours d'un processus très systématique avec la participation d'experts du monde entier. Ce guide sert maintenant au renforcement et à la mise en œuvre de plans de S&E dans de nombreux pays dans le cadre de la réponse élargie à l'épidémie de SIDA, particulièrement en Afrique.

Récemment, le domaine du S&E a fait des progrès, mais les défis méthodologiques sont encore nombreux.

Les défis méthodologiques de l'évaluation des programmes sur le VIH/SIDA et les IST

- **Les mesures nécessitant les informations fournies par les répondants sont très susceptibles d'être biaisées.**

Cela est généralement vrai pour tout travail d'enquête, mais d'autant plus dans le cas du VIH/SIDA et ce, pour deux raisons. Premièrement, les répondants ne connaissent pas toujours leur état sérologique (par ex., beaucoup de femmes ayant des infections sexuellement transmises sont asymptomatiques ; de fait, peut d'adultes dans les pays en voie de développement connaissent leur état sérologique vis-à-vis du VIH). Deuxièmement, la stigmatisation rattachée au VIH/SIDA en fait un sujet particulièrement délicat. Même si les personnes interrogées étaient au courant de leur état sérologique, le fait de leur demander de le révéler au cours de l'entretien poserait de sérieux problèmes d'éthique. Les enquêtes restent un moyen assez fiable (par ex., sur les modes de transmission et de prévention du VIH) pour déterminer le niveau de connaissances. En revanche, les

questions concernant les attitudes et le comportement sexuel pourront produire des réponses biaisées, du fait de l'influence des programmes de communication qui divulguent les « réponses politiquement correctes » au sujet du VIH/SIDA.

- **Contrairement à la planification familiale, il n'existe pas, dans le domaine du VIH/SIDA, d'ensemble d'indicateurs d'évaluation faciles à mesurer.**

Une comparaison entre le VIH/SIDA et la planification familiale peut être utile pour comprendre le dilemme auquel les évaluateurs de programmes VIH/SIDA font face. D'aucuns pourront avancer que cette comparaison est injuste, étant donné que les chercheurs en PF ont eu 20 ans d'avance pour débattre de ces problèmes méthodologiques. Ces problèmes sont pourtant fondamentaux lorsqu'on parle des comportements impliqués dans la problématique du VIH/SIDA. (La structure formée par les déterminants proximaux et les effets biologiques de cette maladie infectieuse sont bien plus complexes que dans le cas de la fertilité).

En grande partie, l'évaluation dans le domaine de la PF a utilisé trois indicateurs fondamentaux :

- Au niveau du programme : les années-couple de protection (ACP)
- Au niveau des effets intermédiaires : le taux de prévalence de la contraception
- Au niveau des effets à long terme : le taux de fécondité.

Pour ce qui est d'**indicateur au niveau de programme**, la quantité de préservatifs distribués dans le cadre de la lutte contre le SIDA est analogue aux ACP. Cependant, dans le cas de la planification familiale, on peut faire une estimation de la correspondance entre la quantité distribuée et la protection obtenue (par ex., il faut quatre injections de DepoProvera pour qu'une femme soit protégée pendant un an). Par contre, en ce qui concerne les préservatifs, de telles estimations du niveau de couverture – en corrélation avec les questions relatives à un usage régulier – rendent difficile la conversion de la quantité de préservatifs distribués en un nombre de personnes protégées contre le VIH/SIDA.

Pour ce qui est d'**indicateur intermédiaire** mesurant un comportement directement rattaché à l'effet à long terme, l'utilisation du préservatif contre le VIH/SIDA est analogue à l'utilisation de la contraception. Cependant,

¹ Parmi les partenaires, on trouvait les CDC, l'Union Européenne, FHI/IMPACT, MEASURE DHS+, MEASURE Evaluation, le Projet SYNERGY, le Projet POLICY, l'UNICEF, l'USAID, l'OMS, et la Banque Mondiale.

l'indicateur de l'utilisation de préservatifs comporte un certain nombre de limitations. Tout d'abord, l'utilisation de préservatifs n'est pas le seul moyen de vivre une sexualité comportant moins de risques (l'abstinence et la diminution du nombre de partenaires réduisent le risque de contracter le VIH/SIDA). Deuxièmement, l'utilisation de préservatifs dans le cadre d'enquêtes s'avère être une mesure bien moins précise que le taux de prévalence de la contraception (celle-ci pouvant être validée à l'aide des taux de fécondité). Contrairement à la prévalence de la contraception (une pratique des couples mariés, en général pendant un certain temps et d'une manière assez régulière), l'utilisation de préservatifs est beaucoup plus inégale et peut varier en fonction du type de partenaire impliqué. Les réponses des personnes interrogées concernant les relations extraconjugales et l'utilisation de préservatifs dans le cadre de telles relations sont souvent imprécises.

Quant à **l'effet à long terme**, le but de la plupart des programmes de prévention du VIH est, par définition, de diminuer le taux d'incidence de nouvelles infections par le VIH au sein d'une population donnée. Il est cependant quasiment impossible, en termes pratiques, d'obtenir des informations à partir d'un échantillon véritablement représentatif de la population d'un pays donné. Pour mesurer l'incidence, il faudrait identifier et sélectionner un échantillon de la population pris au hasard et suivi au cours de plusieurs (ou au moins deux) périodes de temps. Cela pose également des problèmes du point de vue éthique, quel que soit le type de recherche expérimentale utilisé pour tester les effets d'une intervention particulière : au nom de la « rigueur scientifique », un groupe donné pourrait être privé d'une intervention possiblement valable. D'autres obstacles peuvent surgir tels que des difficultés méthodologiques liées à la difficulté à suivre au fil du temps les sujets entrés dans l'enquête, un certain nombre risquant d'être perdus de vue, des questions éthiques liées au manque d'établissements en mesure de soigner des personnes identifiées comme étant séropositives, et le coût élevé qu'une telle collecte de données nécessite. En fait, dans ce domaine, on a déjà adopté une approche « *proxy* » : tester les femmes se présentant aux consultations prénatales, en raison qu'elles forment un échantillon représentatif de la population. L'indicateur obtenu constitue une mesure de choix permettant d'effectuer le suivi de l'épidémie dans de nombreux pays.

La communauté internationale travaillant sur la question du SIDA préconise maintenant la surveillance de deuxième génération. Celle-ci implique la

coordination de la collecte de différentes sortes de données. Les systèmes traditionnels de surveillance suivaient l'infection par le VIH ou d'autres éléments biologiques constituant un risque tels que les IST. Les comportements représentant des conditions nécessaires au VIH/SIDA sont peu nombreux : l'injection en utilisant des aiguilles contaminées, la transfusion de produits issus de sang contaminé, ou des relations sexuelles non protégées. Nous savons donc que si ces comportements changent, la propagation changera aussi. Les systèmes de surveillance de deuxième génération permettent le suivi de comportements à risque, et elles sont utilisées comme avertissement ou comme explication des variations des niveaux d'infection. La surveillance de deuxième génération utilise donc des données issues de la surveillance des comportements dans le but d'interpréter des données provenant d'efforts de séro-surveillance.

- **La prévalence du VIH reflète une accumulation de cas de VIH et elle change lentement, même si son incidence diminue.**

Il est plus facile d'obtenir des données sur la prévalence du VIH (par ex., à partir de celle chez les femmes se présentant aux consultations prénatales) que d'obtenir des données sur l'incidence du VIH, ce qui exigerait de pouvoir suivre les personnes au fil du temps afin de déterminer le pourcentage de personnes séronégatives qui deviennent séropositives au cours d'une année donnée. La prévalence du VIH présente une limite, car plus que les cas (individus) devenant séropositifs au cours de la dernière année, la mesure recouvre ceux devenus séropositifs au cours de toutes les années précédentes (et qui sont encore en vie). Ainsi, même si une intervention avait réussi à faire baisser l'incidence du VIH au sein d'une population donnée, cette tendance ne serait pas visible tout de suite au niveau des données sur la prévalence du VIH. Ce problème a été adressé en se concentrant sur les données de femmes âgées de 15 à 19 ans qui se présentent aux consultations prénatales dans un pays donné. En termes pratiques, on considère qu'aucune n'aurait été séropositive avant le début de la vie sexuelle, qui se produit dans la plupart des pays d'Afrique vers l'âge de 15 ans. (La plupart des nourrissons de sexe féminin atteints de SIDA périnatal n'auraient pas survécu jusqu'à l'âge adulte). Ainsi les données sur la prévalence du VIH/SIDA recueillies par un système de collecte au fil du temps (*time-series*) auprès de femmes âgées de 15 à 24 ans qui se présentent aux consultations prénatales servent de mesure proxy, utile à la détermination de l'incidence. Les tendances de la

prévalence du VIH parmi les patientes de consultations prénatales de cette tranche d'âge pourront constituer aussi un bon indicateur de l'incidence du VIH. Cependant, comme l'ont démontré des simulations, ces tendances sont plus sensibles à des changements n'ayant peut-être rien à faire avec les changements qui se produisent véritablement au niveau de la population féminine.

En résumé, les indicateurs présentés dans cette section sont tirés d'un document intitulé *Programmes SIDA nationaux : Guide de suivi et d'évaluation*, un ouvrage représentant le fruit d'efforts de collaboration entre l'ONUSIDA et de multiples organisations partenaires. Nous avons modifié le format utilisé dans le document original pour être uniforme avec celui utilisé dans ce *Compendium* et n'y avons inclus que les « indicateurs principaux » (sans les indicateurs supplémentaires). À part cela, le contenu reste fidèle au texte original.

L'INDICE D'EFFORT DU PROGRAMME SIDA

Définition

Cet indice représente le score attribué à un programme national par un groupe défini d'individus bien informés, auquel on a posé des questions concernant 90 domaines différents de programmation, regroupés en 10 composantes principales.

L'indice utilise des informateurs clés, choisis parmi un ensemble d'institutions, pour donner leur avis sur les domaines principaux d'engagement et de programmation. Un indice est compilé à partir des scores attribués dans les différents domaines. Le score est calculé comme un pourcentage, avec le 0 correspondant à l'absence d'effort et le 100 au maximum d'effort. Il peut être converti en grades pour minimiser la variation due aux informateurs. En fonction des fourchettes du score numérique, les grades suggérés vont de très faible à faible, moyen, puis fort et très fort.

Les données nécessaires

Les réponses obtenues à un questionnaire détaillé auprès d'informateurs clés (des représentants du Ministère de la santé, des ONG, des consultants internationaux ayant une bonne connaissance du pays en question, et d'autres personnes ayant des informations).

Source(s) de données

Le protocole et le questionnaire de l'Indice d'effort du programme SIDA.

But et questions

L'Indice d'effort du programme SIDA est un indice composé, conçu pour mesurer l'engagement politique et l'effort du programme dans les domaines de prévention et de soins pour le VIH. Il essaie de refléter une bonne partie des apports et des produits d'un programme national VIH/SIDA. Le score comprend 10 composantes principales d'une riposte nationale efficace ; elles sont les suivantes :

- Structure organisationnelle ;
- Ressources du programme ;
- Évaluation et recherche ;
- Aspects légaux et réglementaires ;
- Droits de l'homme ;
- Programmes de prévention ;
- Programmes de soins ; et
- Disponibilité des services.

Le problème majeur de l'indice est sa subjectivité et sa fiabilité. Le résultat dépend essentiellement du choix des informateurs, et ceux-ci sont susceptibles de changer d'une année à l'autre. L'élaboration de l'indicateur étant encore inachevée, le choix des informateurs n'a pas encore été standardisé.

Des questions ont été également soulevées sur l'utilité d'un score composé pour lequel des améliorations dans certains domaines peuvent masquer des détériorations dans d'autres. À des fins de diagnostic ou d'évaluation, il peut être plus utile de publier les indices séparément par catégorie. Les scores séparés par catégorie peuvent représenter en eux-mêmes des indicateurs. Cependant, pour plusieurs domaines d'effort du programme, ce guide propose des alternatives basées sur des paramètres mesurés plutôt que sur des opinions d'experts, pouvant donc être plus utiles pour suivre les tendances dans le temps.

L'indice de procédé peut fournir un indicateur particulièrement utile dans le domaine de l'élaboration des politiques.

- Soutien politique ;
- Formulation des politiques ;

DISPONIBILITE DE PRESERVATIFS A L'ECHELLE NATIONALE

Définition

Nombre total de préservatifs disponibles pour être distribués sur l'ensemble du pays au cours des 12 derniers mois, divisé par le nombre total d'adultes âgés de 15 à 49 ans.

L'indicateur est mesuré par l'estimation du nombre de préservatifs (masculins et féminins), disponibles dans le pays durant les 12 derniers mois. Des informateurs clés sont identifiés et interrogés pour répertorier toutes les sources possibles de fabrication, d'importation, de distribution et stockage de préservatifs. Ensuite, des données sont collectées auprès de tous les fabricants et distributeurs commerciaux principaux, ainsi qu'auprès des principaux bailleurs de fonds, des locaux de stockage des préservatifs, des organisations étatiques, et des ONG ayant un rôle dans l'acquisition et la distribution des préservatifs.

Cet indicateur représente la somme du nombre de préservatifs en stock au niveau national au début de la période des 12 mois et du nombre des préservatifs importés au cours de cette période, ainsi que du nombre de préservatifs fabriqués dans le pays, moins le nombre de préservatifs exportés durant la même période. La somme de tous les préservatifs disponibles dans le pays durant les 12 derniers mois est alors divisée par le nombre total d'adultes âgés de 15 à 49 ans.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de préservatifs en stock} + \text{nombre de préservatifs importés} + \text{nombre de préservatifs fabriqués} - \text{nombre de préservatifs exportés au cours d'une période de 12 mois}}{\text{Nombre total d'adultes âgés de 15 à 49 ans}}$$
Les données nécessaires

Inventaire des préservatifs et dossiers d'approvisionnement provenant (1) de programmes de marketing social, (2) de programmes de distribution de préservatifs à l'échelon national, et (3) des dossiers de stock des distributeurs et fournisseurs commerciaux de même que des dossiers de stock et de production provenant des fabricants.

Source(s) de données

Protocole de l'OMS/PMS pour l'estimation de la disponibilité de préservatifs pour une distribution aux niveaux central et périphérique.

But et questions

Le meilleur réseau de distribution au monde n'est pas très utile s'il n'y a rien à distribuer. Le principal défi des programmes nationaux pour promouvoir l'utilisation de préservatifs est de s'assurer que le nombre de préservatifs disponibles dans le pays est suffisant pour satisfaire la demande. Cet indicateur mesure le nombre de préservatifs pouvant être utilisés par les personnes du groupe d'âge le plus actif sexuellement. Dans les régions où une promotion active des préservatifs féminins a été menée, l'indicateur doit comprendre aussi bien les préservatifs masculins que féminins. Dans ce cas, l'indicateur doit être séparé par type de préservatif.

Pour refléter de façon fidèle la fourniture adéquate de préservatifs, cet indicateur peut être utilisé conjointement avec des indicateurs de comportements sexuels. Par exemple, si un tiers des hommes âgés de 15 à 49 ans rapportent au cours de l'année précédente des relations sexuelles occasionnelles, et que 20% des couples mariés rapportent l'utilisation de préservatifs à des fins contraceptives, alors qu'il n'y a en fait que trois préservatifs par adulte sexuellement actif par an, on peut conclure que l'offre nationale de préservatifs est insuffisante pour faire face à la demande.

Le nombre de préservatifs existants au niveau central est utile pour l'estimation de la disponibilité globale des préservatifs. Il est important de noter les connotations différentes des termes «disponibilité» et «accessibilité». Ce dernier englobe les notions de prix, d'emplacement et d'accès par les groupes à risque pour des relations sexuelles non protégées et pour le VIH. Il arrive souvent que les préservatifs disponibles ne soient pas tous distribués ou ne soient pas accessibles aux individus qui ont le plus besoin de protection contre la transmission du VIH. Pris isolément, cet indicateur ne peut pas renseigner sur le nombre de préservatifs « en stock » qui sont effectivement distribués ou utilisés.

Paradoxalement, les efforts de promotion des préservatifs à l'échelon national peuvent parfois compliquer la mesure de cet indicateur. Face au SIDA, de nombreux pays ont libéralisé les importations de préservatifs dans le but d'augmenter au maximum le nombre de préservatifs disponibles. Cela signifie qu'ils peuvent être importés par diverses sociétés, des ONG, des bailleurs de fonds, des ministères publics (Ministère de la santé, Ministère de la défense, etc.), sans que les quantités importées soient forcément répertoriées à un niveau central. Une distinction est faite entre les préservatifs distribués par les programmes de planification familiale et ceux qui le sont pour limiter les infections sexuellement transmissibles. Il est important de prendre en considération les deux sources. Autant que possible, les données doivent être présentées par programme, car les préservatifs provenant des programmes de planification familiale sont utilisés pour des actes sexuels comportant peu de risque, survenant lors de relations monogames et stables, alors que les préservatifs provenant des programmes SIDA sont destinés aux contacts sexuels à plus haut risque.

Lorsque la promotion des préservatifs se fait en les vendant à des prix réduits aux personnes susceptibles d'avoir des relations sexuelles à risque (on parle de marketing social), les chiffres de vente obtenus pour des marques particulières peuvent être utilisés comme indicateur de succès du programme. Les organisations qui gèrent le marketing social des préservatifs gardent, généralement dans leurs archives, le nombre de préservatifs distribués jusqu'au niveau des commerces. Bien que ces données ne reflètent que partiellement la disponibilité des préservatifs, elles sont une source d'informations peu coûteuse pour le Programme national SIDA et peuvent être très utiles à des fins de plaidoyer. Une augmentation du nombre de préservatifs fabriqués ou importés dans un pays, ou du nombre de préservatifs vendus, peut être utile pour confirmer d'autres indicateurs mesurant l'augmentation de l'utilisation rapportée des préservatifs, ou les diminutions des IST rapportées, et éventuellement de la prévalence du VIH.

Indicateur

POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT UNE ATTITUDE TOLÉRANTE ENVERS LES PERSONNES VIH-POSITIVES

Définition

Pourcentage de personnes exprimant des attitudes de tolérance envers les personnes infectées par le VIH, parmi toutes les personnes interrogées de 15 à 49 ans.

Au cours d'une enquête auprès de la population générale, une série de questions concernant les personnes vivant avec le VIH est posée aux personnes interrogées de la manière suivante :

- Si un membre de votre famille contractait le virus du SIDA, accepteriez-vous de le/la prendre en charge dans votre maison ?
- Si l'on vous disait qu'un(e) commerçant(e) ou un(e) marchand(e) de produits frais a le SIDA, achèteriez-vous des légumes frais chez lui(elle) ?
- Si une enseignante a le virus du SIDA, mais n'est pas malade, peut-on la laisser continuer à enseigner ?
- Si un membre de votre famille contractait le SIDA, voudriez-vous que cela reste secret ?

Seuls ceux qui répondent par l'affirmative à toutes ces questions sont comptabilisés dans le numérateur. Le nombre de personnes interrogées représente le dénominateur.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Le nombre de personnes interrogées exprimant des attitudes de tolérance à toutes les questions}}{\text{Le nombre total de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses des répondant(e)s à l'enquête.

Source(s) de données

Enquête ONUSIDA auprès de la population générale ; module EDS SIDA ; Enquête de surveillance de comportement (ESC) de FHI (adultes) ; ESC FHI (jeunes).

But et questions

Un indicateur basé sur des réponses à des questions hypothétiques concernant les hommes et les femmes ayant le VIH. Il reflète ce que les gens sont prêts à dire concernant leurs propres sentiments ou comportements dans différentes situations face à des personnes atteintes par le VIH.

Sur le plan de la méthodologie, c'est un moyen relativement facile d'élaborer un indicateur d'attitudes envers les personnes séropositives. Il est utile de mesurer cet indicateur, car un score bas indique de manière assez fiable des degrés élevés de stigmatisation.

Cependant, l'interprétation d'indicateurs basés sur des questions hypothétiques pose des problèmes, et il est plus difficile d'analyser les scores élevés de l'indicateur. Cela peut signifier qu'il existe réellement peu de stigmatisation liée au VIH. Ou bien cela peut vouloir dire que les gens savent qu'il ne devrait pas y avoir de discrimination, et expriment par conséquent des attitudes de tolérance, sans que cela influe sur leur comportement discriminatoire à l'égard des personnes séropositives. Les changements observés dans l'indicateur peuvent donc refléter une réduction de la stigmatisation ou seulement une augmentation de la prise de conscience qu'il n'est pas bien perçu d'avoir des préjugés. Cette dernière possibilité peut cependant en elle-même constituer une première étape du succès du programme. Des scores élevés peuvent aussi refléter un manque d'expérience des personnes interrogées concernant les personnes infectées par le VIH.

L'indicateur proposé a des similarités avec une mesure antérieure développée par l'OMS. Cependant, certaines questions ont été modifiées, à la suite de tests sur le terrain, pour que les situations de stigmatisation actuellement vécues par les personnes VIH positives soient mieux reflétées. Ces tests ont révélé que les réponses dépendaient fortement de la formulation des questions. Par exemple, dans l'un des pays, lorsque le sexe de l'enseignant n'était pas précisé, le score de l'indicateur pour cette question, a montré de hauts niveaux d'attitudes de discrimination. Une enquête supplémentaire a révélé que les attitudes négatives s'expliquaient par des articles de presse citant des enseignants de sexe masculin transmettant le VIH à des élèves de sexe féminin.

L'utilité de l'indicateur OMS précédent a été remise en question, car il a été très peu utilisé. Une explication possible est que jusqu'à présent, dans la plupart des pays, les programmes ont fourni peu d'efforts pour la réduction de la stigmatisation contre le VIH. À mesure que l'importance de l'influence négative de la stigmatisation sur les efforts de prévention et de soins devient plus évidente, il est probable que les responsables de programmes y porteront plus d'intérêt. Il est donc probable que l'utilisation de cet indicateur augmentera.

Il a été proposé que cet indicateur soit utilisé pour mesurer les différences de stigmatisation ou de discrimination entre les sexes. Certaines recherches ont suggéré que les femmes étaient plus fréquemment mal vues et traitées plus durement que les hommes, si elles étaient porteuses du VIH ou si elles étaient atteintes du SIDA. Mais des études plus récentes ont montré peu de différence dans les réponses aux questions concernant la stigmatisation et la discrimination lorsque les sexes étaient spécifiés.

POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT DES CONNAISSANCES SUR LES MOYENS DE PRÉVENTION DU VIH

Définition

Pourcentage de personnes interrogées qui, en réponse à des questions fermées, disent qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des préservatifs, ou en ayant des relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle et non infecté.

Toutes les personnes interrogées sont comptabilisées dans le dénominateur, qu'elles aient ou non entendu parler du SIDA. Les composantes de l'indicateur devraient être aussi rapportées séparément pour pouvoir mettre en évidence les changements dans chaque domaine de connaissances.

Dans chaque contexte linguistique et culturel, lors de l'élaboration de l'évaluation, on devra faire particulièrement attention à l'énoncé des questions fermées. Il est utile de faire remarquer que les méthodes correctes de prévention, désignées dans les questions, doivent être mélangées avec des idées fausses dans le questionnaire. Celles-ci seront utilisées pour le calcul de l'indicateur suivant : le **Pourcentage de la population n'ayant pas de croyances erronées sur le SIDA**.

Cet indicateur est calculé de la manière suivante :

$$\frac{\text{Le nombre de personnes interrogées qui disent qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des préservatifs, ou en ayant des relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle et non infecté}}{\text{Nombre total de répondants}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses des répondant(e)s à l'enquête.

Source(s) de données

Enquête ONUSIDA auprès de la population générale ; Module SIDA EDS ; ESC FHI (adultes) ; ESC FHI (jeunes).

But et questions

La plupart des programmes SIDA visant la population générale préconise la monogamie mutuelle et l'utilisation de préservatifs comme moyens principaux de prévention de l'infection par le VIH, parmi les hommes et les femmes actifs sur le plan sexuel (représentant pratiquement la majorité de la population adulte). Cet indicateur mesure le degré de diffusion des messages dans la population générale ou dans des groupes particuliers de la population qui ont participé à une enquête.

Les données nécessaires pour cet indicateur sont faciles à collecter au cours d'une enquête auprès de la population générale. Dans la plupart des pays, l'indicateur montrera des scores élevés, mais sa répartition par question, lieu de résidence, sexe ou par groupe d'âge pourra mettre en évidence des lacunes dans le flux d'informations.

Dans l'introduction, nous avons abordé les limites des questions fermées. Tout en maintenant ces questions pour construire l'indicateur principal, on introduira aussi des questions ouvertes, là où possible. La comparaison des réponses aux deux types de questions peut être une source d'informations intéressantes. C'est le cas, par exemple, pour la question «Quels sont les moyens que les gens peuvent utiliser pour se protéger du VIH?», posée dans l'enquête ONUSIDA auprès de la population générale et dans le module SIDA EDS, avant que soient posées des questions « fermées ». Pour être plus utile aux responsables de programmes, cet indicateur doit toujours être utilisé conjointement avec l'indicateur : **Pourcentage de la population n'ayant pas de croyances erronées sur le SIDA**.

Les indicateurs antérieurs de connaissances ont inclus l'abstinence dans les méthodes «correctes» de prévention utilisées dans le présent indicateur. Pour les jeunes, l'abstinence est une alternative de prévention très importante. Cependant, des recherches faites dans plusieurs environnements ont montré qu'elle est rarement utilisée comme moyen principal de prévention parmi les adultes sexuellement actifs. Les personnes qui savent que le SIDA est transmis par les rapports sexuels ont de grandes chances de savoir que le risque

de transmission est diminué par l'abstinence. Mais, tout en sachant que c'est un moyen efficace de prévention, les personnes interrogées peuvent quand même répondre par la négative, car elles ne la considèrent pas applicable. Par contre, dans les enquêtes ciblant les jeunes, les questions sur l'abstinence demeurent importantes à poser. Les programmes ayant pour but de retarder l'âge de la première relation sexuelle chez les jeunes peuvent choisir d'ajouter un indicateur de connaissances, comprenant dans le numérateur des réponses correctes au sujet de l'abstinence comme moyen de prévention.

Cet indicateur et la question du genre

Il arrive que les femmes aient peu d'informations concernant les moyens de prévention, à cause de barrières socioculturelles de nature sexiste leur refusant accès aux informations sur le VIH ou ne les encourageant pas à les obtenir. Ces barrières peuvent aussi avoir un effet sur les femmes en les rendant moins disposées à parler de telles informations. Un exemple en est le fait que dans de nombreuses cultures, l'ignorance d'une femme au sujet de questions relatives au sexe démontre sa pureté, constituant l'une des qualités de la femme idéale. Les femmes seront donc peu enclines à chercher des informations concernant la prévention du VIH, de peur qu'on ne les juge comme étant de mauvaise vie (ONUSIDA, 1999a). De plus, il se peut que les femmes hésitent à indiquer qu'elles possèdent de telles connaissances, et ce, pour la même raison.

Il arrive aussi que les messages concernant la prévention du VIH ne parviennent pas aux femmes, parce que certains prestataires sont peu enclins à parler avec leurs clientes de l'utilisation du préservatif, voire, n'en parlent pas du tout, en tant que moyen de prévention du VIH. Cela pourrait venir du fait qu'ils (elles) perçoivent le préservatif comme étant un moyen de contraception exclusif aux hommes ou que les préservatifs sont rattachés aux activités sexuelles illicites.

Dans des régions où les taux d'alphabétisation chez les femmes sont bas, par exemple, les campagnes d'information sur le VIH utilisant la presse et la documentation écrite n'auront que peu d'efficacité pour atteindre les femmes qui ne savent pas lire ou dont les capacités de lecture sont réduites.

POURCENTAGE DE LA POPULATION N'AYANT PAS DE CROYANCES ERRONÉES SUR LE SIDA

Définition

Pourcentage de personnes interrogées qui rejettent les deux idées fausses les plus fréquentes localement concernant la transmission ou la prévention du VIH et qui savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut transmettre le SIDA.

Une série de questions fermées, contenant un mélange de propositions correctes et incorrectes concernant la transmission et la prévention du SIDA, sont posées aux personnes enquêtées. Les réponses données aux propositions correctes concernant la prévention sont utilisées pour le calcul de l'indicateur du **pourcentage de la population ayant des connaissances sur les moyens de prévention du VIH**. L'indicateur en question dans cette section se calcule d'après les réponses données aux questions sur l'infection des personnes apparemment en bonne santé et aux deux propositions incorrectes concernant la transmission ou la prévention.

Les propositions incorrectes varieront pour refléter les idées fausses les plus courantes dans le contexte local. Très souvent, cela inclura la croyance que le SIDA peut être transmis par une piqûre d'insecte ou par la sorcellerie. Parfois, il y aura des croyances concernant la prévention ou les soins telles que, le SIDA peut être prévenu par l'ingestion de certaines nourritures ou herbes ou il peut être traité en ayant des rapports sexuels avec une fille vierge (ou simplement, le SIDA est une maladie curable). Une question portera toujours sur la notion de «porteur sain», c'est-à-dire la connaissance de la possibilité de contracter le VIH en ayant des rapports sexuels non protégés avec une personne apparemment en bonne santé. La formulation exacte de la question variera selon les endroits. Par exemple, le terme «gros» peut dans ce contexte être synonyme de «en bonne santé», et peut de ce fait, mieux refléter les opinions populaires erronées au sujet de quelqu'un qui peut être considéré comme un partenaire sans risques.

Les idées fausses qui prévalent dans la région doivent être identifiées peu de temps avant le début de l'enquête car elles peuvent changer au fil du temps et dans le même pays.

Pour pouvoir être comptabilisée dans le numérateur de cet indicateur, la personne interrogée doit rejeter les deux opinions erronées et doit savoir qu'une personne apparemment en bonne santé peut transmettre le SIDA. Le dénominateur inclut toutes les personnes interrogées, qu'elles aient ou non entendu parler du SIDA. Pour répondre aux objectifs du programme, l'indicateur devra être désagrégé pour chaque idée fausse et le pourcentage de personnes qui savent que le VIH peut être transmis par une personne en bonne santé apparente devra être rapporté séparément.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de personnes interrogées qui rejettent les deux idées fausses les plus fréquentes localement concernant le SIDA et qui savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut transmettre le SIDA}}{\text{Nombre total de personnes interrogées}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses des répondant(e)s à l'enquête.

Source(s) de donnée(s)

Enquête ONUSIDA auprès de la population générale ; Module SIDA EDS ; ESC FHI (adultes) ; ESC FHI (jeunes).

But et questions

De nombreuses personnes, parmi celles qui savent que l'utilisation des préservatifs protège du SIDA, croient également que l'on peut contracter la maladie par une piqûre de moustique ou un autre moyen incontrôlable. Leur raisonnement est le suivant : pourquoi se priver du plaisir procuré par les rapports sexuels puisque, de toute façon, on peut être infecté par quelque chose d'aussi imprévisible qu'une piqûre de moustique ? Lorsque la population est fortement sensibilisée au VIH, la réduction des idées fausses qui freinent les changements de comportements, représente en fait un meilleur indice de succès d'une campagne IEC qu'une augmentation des niveaux déjà élevés de connaissances correctes. Cet indicateur mesure les progrès réalisés dans la réduction des idées fausses.

Cet indicateur est aussi facile à mesurer. Il donne une bonne idée du degré de croyances erronées qui peuvent empêcher les gens d'agir en fonction de leurs connaissances correctes. Les informations résultant de la désagrégation des données sont indispensables aux responsables de programmes, pour planifier les campagnes IEC à venir et pour les renseigner sur la nature des idées fausses à combattre et dans quelles populations le faire.

Une réserve doit cependant être émise. L'inclusion d'idées fausses dans un questionnaire peut être dangereuse, car leur crédibilité peut être augmentée. Une recherche préliminaire est indispensable pour identifier les idées fausses fréquemment rencontrées (et pour ne pas courir le risque d'en introduire de nouvelles). Par ailleurs, le questionnaire devra bien spécifier que, parmi les propositions données, certaines sont vraies et d'autres sont fausses.

L'indicateur ne permet pas de différencier les idées fausses qui sont susceptibles de modifier les comportements de celles qui n'ont aucun impact, ce qui constitue une des limites à son utilité. La mesure de cet indicateur nécessite aussi un travail préparatoire d'identification des idées fausses les plus courantes au moment de l'enquête.

POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT DES CONNAISSANCES SUR LES MOYENS DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH

Définition

Pourcentage de femmes et d'hommes qui répondent correctement à des questions fermées en identifiant le traitement antirétroviral, et le substitut du lait maternel comme moyens de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Au cours d'une enquête auprès de la population générale, les répondants sont interrogés au sujet de la transmission et de la prévention du VIH (voir les indicateurs précédents : **le pourcentage de la population ayant des connaissances sur la prévention du VIH et le pourcentage de la population n'ayant pas de croyances erronées sur le SIDA**). Entre autres, l'une des questions posée a demandé si le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant et s'il existe des moyens de prévenir cette transmission.

L'indicateur représente le nombre de personnes interrogées qui ont répondu que la transmission du VIH par des femmes séropositives peut être prévenue par la prise de médicaments durant la grossesse *et* par l'abstention de l'allaitement au sein, divisé par le nombre total de répondants à l'enquête.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de personnes interrogées qui répondent que la transmission du VIH par une mère séropositive peut être prévenue par la prise de médicaments durant la grossesse et par l'abstention de l'allaitement au sein}}{\text{Nombre total de répondants}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses des répondant(e)s à l'enquête.

Source(s) de données

Enquête ONUSIDA auprès de la population générale ; Module SIDA EDS ; ESC FHI (adultes).

But et questions

Cet indicateur sonde les connaissances des hommes et des femmes au sujet des modes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Dans ce domaine, comme dans celui de la prévention de la transmission sexuelle, les connaissances sont une étape préliminaire essentielle aux prises de décision et interventions, sans qu'elles soient suffisantes pour assurer la prévention.

Cet indicateur mesure les connaissances des gens sur les méthodes de prévention de la transmission mère-enfant à l'aide du traitement antirétroviral et par les substituts du lait maternel. Les connaissances des hommes dans ce domaine sont aussi importantes car, dans la plupart des sociétés, ils décident des unions entre les familles et de l'enfantement. Par conséquent, l'indicateur est conçu pour les deux sexes. Puisque la plupart des campagnes de CCC dans ce domaine visent les femmes, les responsables de programmes devront désagréger les données par sexe pour pouvoir suivre l'efficacité de leurs interventions.

Cet indicateur présuppose que des efforts sont fournis pour éduquer les femmes à propos de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et que cette éducation englobe des informations concernant la prévention.

Le dénominateur de cet indicateur comprend à la fois les personnes qui ont des connaissances sur la transmission mère-enfant et celles qui n'en ont aucune, puisque les personnes qui ne savent pas qu'une prévention est possible font partie du groupe de celles qui n'ont pas reçu les messages d'information à ce sujet. La séquence de questions permet par contre, aux pays qui le désirent, d'élaborer un indicateur de connaissances sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

C'est le fait de savoir que la transmission mère-enfant peut être prévenue qui influencera certainement les comportements des femmes concernant la demande de soins et l'allaitement. Une femme enceinte qui sait seulement que le VIH peut être transmis à son enfant aura moins tendance à vouloir savoir si elle est séropositive qu'une femme enceinte sachant que cette transmission peut être évitée.

Dans de nombreux pays d'Amérique latine et ailleurs, la demande de prévention a conduit à une amélioration radicale des prestations de services destinées aux femmes enceintes séropositives. Une telle demande ne peut avoir lieu que si le public est informé de l'existence du traitement et de son efficacité sur la réduction de la transmission du VIH aux nourrissons.

Indicateur

POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT DEMANDÉ ET SUBI LE TEST DU DÉPISTAGE DU VIH ET AYANT REÇU LES RÉSULTATS

Définition

Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans, parmi toutes les personnes enquêtées qui ont, *à une période ou une autre*, volontairement demandé un test de dépistage du VIH, l'ont obtenu et en ont reçu les résultats.

Il est suggéré que des données soient également collectées pour celles qui ont demandé un test de dépistage du VIH, l'ont obtenu et en ont reçu les résultats *au cours des 12 derniers mois*.

Au cours d'une enquête auprès de la population générale, ou parmi un groupe particulier de la population, on demande aux répondants s'ils ont déjà demandé un test VIH, s'ils ont obtenu ce test et s'ils en ont reçu les résultats, entre autres. Le numérateur comptabilise les personnes qui ont demandé un test et en ont reçu les résultats, alors que le dénominateur regroupe tous les répondants de l'enquête.

Les questions sont précédées par l'affirmation : «Je ne veux pas connaître les résultats du test...». Comme pour la plupart des indicateurs, les résultats doivent être présentés par composante et doivent être répartis par sexe. L'indicateur permet de connaître non seulement l'étendue de la couverture en services CTV dans le temps, mais aussi, la mesure beaucoup plus précise du pourcentage de personnes parmi la population enquêtée qui ont obtenu le test et en ont reçu les résultats *au cours des 12 derniers mois*.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans qui répondent avoir demandé un test du VIH, ont obtenu ce test et en ont reçu les résultats}}{\text{Nombre total de répondants de l'enquête âgés de 15 à 49 ans}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses des répondant(e)s à l'enquête.

Source(s) de donnée(s)

Enquête ONUSIDA auprès de la population générale ; Module SIDA EDS ; ESC FHI (jeunes), ESC FHI (adultes).

But et questions

La couverture de services CTV de qualité a encore beaucoup à faire pour déterminer si ces services atteignent leurs trois objectifs principaux qui sont : être un point d'entrée pour les soins et le soutien, promouvoir des comportements sans risque, et rompre le cercle vicieux du silence et de la stigmatisation.

L'indicateur vise à donner une idée sur l'accessibilité des services de test VIH à la population générale et le pourcentage de personnes qui connaissent maintenant leur situation sérologique VIH. Il peut aussi être construit pour des groupes particuliers de populations ayant un comportement à haut risque, parmi lesquels des services de conseil et de test sont développés. Lorsque l'indicateur est calculé pour ces derniers groupes, le numérateur doit seulement inclure ceux qui ont demandé le test et ont reçu leurs résultats au cours des 12 derniers mois.

La présentation séparée des différentes composantes de l'indicateur permet de souligner les lacunes dans la prestation des services et la qualité des soins offerts par le programme. On pourra, par exemple, examiner les résultats concernant les personnes qui ont demandé et obtenu le test, mais qui n'en ont jamais reçu les résultats. Les données concernant le nombre de personnes qui ne reviennent pas chercher ou ne connaissent pas leurs résultats renseignent sur les degrés de stigmatisation et/ou d'hésitation à connaître leur statut sérologique VIH, suite à la carence de soins.

La question posée au cours de l'enquête précise que le test doit avoir été requis par le répondant. Dans plusieurs situations, les gens supposent que leur sang a pu être testé pour le VIH, que ce soit à l'occasion d'un don de sang, d'une demande d'assurance ou de la surveillance établie dans les services prénatals. Ces tests involontaires, réels ou supposés, sont exclus du calcul de l'indicateur. Il en va de même pour les tests réalisés à visée diagnostique sans le consentement du patient, même si celui-ci a été informé des résultats. De tels tests ne reflètent ni la couverture en services CTV, ni la demande pour ces services. Ils ne prennent pas non plus en considération l'élément «volontaire» des tests VIH, recherché dans cette mesure. Aussi, les questions posées au cours de l'enquête doivent préciser que la personne a définitivement demandé le test.

Dans de nombreux pays, des tests VIH peuvent être proposés à beaucoup de personnes et acceptés dans des centres de santé. Le nombre de personnes auxquelles un test a été proposé, qui l'ont accepté et en ont reçu les résultats renseigne sur la proportion de personnes qui connaissent leur statut sérologique VIH, indépendamment du fait qu'elles aient ou non demandé le test. Il est donc important de collecter aussi ces données.

Cet indicateur donne une certaine idée de l'augmentation de la couverture des services qui répondent à la demande du public pour le test. Cependant, il ne couvre pas seulement les services de conseil et les tests volontaires disposant de conseillers formés. Il peut inclure les tests demandés par des médecins privés qui n'offrent pas forcément un service de conseil.

Dans les régions où existe une stigmatisation importante du VIH, les répondants peuvent ne pas vouloir admettre avoir demandé un test, de peur d'être soupçonnés d'être infectés. Ceci est d'autant plus vrai lorsque la question est posée dans le contexte d'un questionnaire sur les comportements à risque. D'un autre côté, dans les pays où la pratique du test a été présentée comme un acte «responsable», certaines personnes peuvent dire qu'elles ont été soumises à un test, alors qu'en réalité il n'en est rien. Malgré ces imprécisions éventuelles, l'indicateur reste utile pour donner une idée générale de la proportion de personnes désirant connaître leur situation sérologique VIH.

Si l'indicateur est adapté pour permettre de refléter le pourcentage de répondants demandant, obtenant et recevant les résultats du test VIH *au cours des 12 derniers mois*, la mesure reflètera plusieurs composantes. Celles-ci sont d'une part les changements récents dans la prestation de services, et d'autre part les connaissances de la population enquêtée sur le test VIH ainsi que le désir de se faire tester. Les personnes exposées au VIH à plus d'une reprise au cours de leur existence doivent être ciblées pour des tests répétés. Malgré cela, les informations existantes montrent que pour la plupart, ces personnes n'obtiennent le test qu'une fois. Il faut cependant remarquer, qu'au sein des populations à haut risque ayant une bonne couverture en services de tests, les tendances de l'indicateur seront affectées dans le temps. En effet, les personnes dont le test VIH est positif, ne se présenteront plus pour d'autres tests au cours des années suivantes, ce qui conduit à une éventuelle sous-estimation de la prévalence.

La mesure présentée sous la question : «Avez-vous déjà reçu un test» est moins sensible aux variations récentes de comportements de recherche de test que la mesure limitée dans le temps exprimée comme : «Avez-vous reçu un test au cours des 12 derniers mois». Elle donnera cependant une idée de la fourniture globale en services de dépistage.

Dans les épidémies peu actives ou concentrées, si l'indicateur est mesuré au sein de la population générale, il risque de montrer de faibles pourcentages. Cependant, il peut être utilisé de façon efficace dans les enquêtes comportementales au sein de groupes de populations à risque plus élevé pour l'infection à VIH.

Cet indicateur et la question du genre

Il se peut que les femmes utilisent les services CTV peu ou de façon limitée, à cause d'un certain nombre d'obstacles les empêchant d'accéder à ces services. On pense au manque de mobilité, aux coûts élevés des tests, et au manque d'inclination ou à l'interdiction de recevoir des soins octroyés par un professionnel de la santé du sexe opposé. Le manque de professionnels de la santé de sexe féminin peut éventuellement constituer un élément empêchant les femmes de demander des services CTV. Certaines femmes ne demandent pas ces services parce qu'elles ne se perçoivent pas comme à risque d'être infectées par le VIH. C'est le cas tout particulièrement des femmes mariées ou qui se croient dans une situation de couple monogame. D'après les recherches effectuées, les hommes ont davantage tendance à demander des services CTV de façon unilatérale. Les femmes, au contraire, se sentent obligées d'en parler à leur partenaire avant de se tourner vers ce type de service. Il s'agit dans ce cas d'un obstacle éventuel important à l'accès aux services CTV (Gupta, 2000).

Le fait de recevoir un résultat positif à ce test peut avoir des conséquences graves pour les femmes, allant d'un comportement violent chez leur partenaire, à l'isolation, l'ostracisme ou encore à l'abandon. Pour cette raison, il arrive que même si elles pensent être infectées, les femmes ne demandent pas des services CTV ou ne reviennent pas pour recevoir les résultats du test. C'est aussi par crainte d'être identifiées en tant que femmes séropositives que certaines ne parviennent pas à se conformer aux recommandations en matière de soins et de l'utilisation de substitut au lait maternel (ONUSIDA, 1999b).

CENTRES DE CONSEIL ET DE TEST VIH VOLONTAIRES RÉPONDANT AUX CONDITIONS MINIMALES POUR ASSURER LA PRESTATION DE SERVICES DE QUALITÉ

Définition

Nombre et pourcentage de centres offrant des services CTV répondant aux critères minimums de qualité pour le conseil et le test VIH.

Des centres de conseil et de test choisis au hasard (parmi les ONG, les cliniques et cabinets privés), sont inspectés pour vérifier s'ils disposent des éléments de base pour offrir des services de conseil et des tests de qualité. Les éléments évalués comprennent : du personnel formé, la possibilité d'avoir des entretiens de conseil en privé, des systèmes assurant la confidentialité, un annuaire de référence des services de soins et des conditions adéquates pour obtenir des tests valables sur les échantillons prélevés.

Le score obtenu par chaque centre dans l'échantillon pris au hasard, peut être pondéré en tenant compte du volume annuel de patients de ce centre. L'indicateur est le nombre de patients qui, durant l'année précédente, ont fréquenté des centres ayant des conditions adéquates pour offrir des services CTV de qualité, divisé par le nombre total de patients de tous les centres compris dans l'échantillon, au cours de la même période.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de patients au cours de l'année précédente qui ont fréquenté des centres ayant des conditions adéquates pour offrir des services CTV de qualité}}{\text{Nombre total de patients de tous les centres compris dans l'échantillon au cours de l'année précédente}} \times 100$$

Les données nécessaires

Une évaluation externe du niveau d'adéquation d'éléments essentiels pour fournir des services CTV.

Source(s) de donnée(s)

Protocole ONUSIDA pour l'évaluation des services offrant conseil et test VIH volontaires.

But et questions

Dans de nombreux pays, les services de conseil et de test volontaires sont relégués à des organisations non gouvernementales et communautaires mal équipées et disposant de peu de ressources. Ailleurs, ils sont devenus le privilège du secteur privé de la santé. Beaucoup de ces centres ne disposent même pas d'une pièce où l'entretien peut être mené de façon confidentielle, ni d'électricité pour assurer la conservation des échantillons sanguins avant le test. Or ces éléments sont indispensables pour offrir un conseil de qualité.

Les éléments mesuré par cet indicateur sont nécessaires mais ne suffisent pas à garantir la qualité du service de conseil. Le pourcentage de patients fréquentant un centre qui dispose de conditions adaptées à un conseil de qualité, va également refléter d'autres facteurs, tels que la facilité d'accès, la disponibilité des tests ou des expériences positives vécues dans ce centre par d'autres membres de la communauté. Il est donc inévitable qu'un nombre variable de facteurs conjoncturels soient reflétés dans un indicateur de qualité. Le but de cet indicateur est d'offrir un cadre pour l'évaluation d'objectifs et de directives admis.

Une difficulté potentielle pour le calcul de l'indicateur sera l'absence du maintien adéquat des dossiers dans certains centres, lesquels peuvent donc méconnaître l'importance de leur clientèle. Ceci empêchera la pondération de l'indicateur par le nombre de patients. Il est possible de formuler cet indicateur comme un simple pourcentage, soit le pourcentage de centres enquêtés disposant de conditions minimales pour un service adéquat. La pondération devra être pratiquée chaque fois que possible, car le fait de disposer de conditions médiocres dans un petit centre avec peu de patients est moins important que d'avoir de mauvaises conditions dans un grand centre très fréquenté. (En réalité, il peut y avoir une forte corrélation entre les conditions et la fréquentation des centres, la fréquentation étant faible à cause des mauvaises conditions.)

Comme pour les autres indicateurs composés, il arrivera qu'il soit préférable que les différentes composantes soient obtenues séparément pour servir à la planification des programmes. Il peut aussi être utile de décomposer cet indicateur en fonction du type de centre (ONG, hôpital, clinique privée, etc.).

POURCENTAGE DE FEMMES ENCEINTES CONSEILLÉES ET TESTÉES POUR LE VIH

Définition

Pourcentage de femmes conseillées au cours de la prise en charge de leur grossesse la plus récente, qui ont accepté de subir un test et ont reçu les résultats, parmi toutes les femmes enceintes au cours des deux années précédant l'enquête.

Au cours d'une enquête auprès de la population générale, les femmes sont interrogées sur la date de naissance de leur dernier enfant et sur les soins prénatals éventuels avant cette naissance. Si elles ont été suivies, on leur demande si le personnel des consultations prénatales leur a parlé de l'infection VIH et si on leur a offert la possibilité de pratiquer un test VIH confidentiel. Lorsqu'elles répondent par l'affirmative, on leur demande si elles ont accepté le test, et si elles en ont obtenu les résultats. Avant de poser cette série de questions, il leur est bien précisé que la personne procédant à l'interrogatoire ne s'intéresse pas au résultat du test.

L'indicateur est le nombre de femmes ayant fréquenté des consultations prénatales (CP) pour leur dernière grossesse au cours des deux dernières années, qui ont reçu lors de ce suivi conseil et test VIH et ont obtenu les résultats du test, divisé par le nombre total de femmes interrogées au cours de l'enquête. Dans le but de mesurer les tendances récentes, on exclut de l'analyse les femmes dont le dernier accouchement remonte à plus de deux ans.

On calcule donc cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes qui ont reçu, avant leur dernier accouchement au cours des deux dernières années, conseil et test VIH volontaires lors des CP}}{\text{Nombre total de femmes ayant eu une grossesse au cours des deux dernières années}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses des répondant(e)s à l'enquête.

Source(s) de donnée(s)

Enquête ONUSIDA auprès de la population générale, EDS.

But et questions

Les interventions principales visant à réduire la transmission de l'infection de la mère à l'enfant reposent sur la connaissance de l'état sérologique VIH. La connaissance du statut VIH durant la grossesse peut aussi avoir une influence sur les choix futurs concernant la procréation. Idéalement, les femmes connaissent leur situation sérologique par l'intermédiaire des services CTV avant de choisir de tomber enceintes. Mais souvent, la réalité est différente. Pour la majorité des femmes, les consultations prénatales sont la première opportunité de recevoir un conseil et un test VIH. Ces services sont offerts avant de proposer des interventions visant à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Plusieurs étapes sont nécessaires avant que les femmes puissent connaître leur statut sérologique VIH lors des consultations prénatales. Tout d'abord, quand elles se présentent à ces consultations, on doit leur avoir proposé le conseil et le test. Ensuite, elles doivent accepter le test. Et finalement, elles doivent venir chercher les résultats. Ce n'est qu'après la séance de conseil post-test, qui vient après toutes ces étapes, qu'elles pourront prendre les décisions nécessaires concernant le traitement et l'alimentation du nourrisson.

L'indicateur mesure le pourcentage de femmes ayant eu une grossesse récente qui ont complété toutes ces étapes. Les données sont collectées au cours d'une enquête auprès de la population générale. Par conséquent, l'indicateur reflète la couverture en services CTV basés au niveau des CP à l'échelle du pays, et non pas uniquement dans certains centres pilotes.

C'est une mesure générale de fourniture de services donnant une idée de la couverture à l'échelle nationale. Cependant, peu de pays disposent des ressources

nécessaires pour introduire le conseil et le test volontaires pour les femmes enceintes à l'échelle de tout le pays. Les pays qui fournissent des services de prévention pour les femmes enceintes séropositives débutent d'une manière générale avec des projets pilotes dans quelques consultations prénatales. Même si toutes les femmes examinées lors de ces consultations pilotes reçoivent conseil et test VIH, l'indicateur montrera des scores bas pendant un certain temps. Il devrait être utilisé de pair avec l'indicateur suivant : **les cliniques de consultations prénatales offrant le CTV et une orientation vers ces services.**

Cet indicateur de synthèse ne permet pas de déceler à quel moment les femmes sont perdues de vue. Pour les objectifs du programme, il sera important de connaître les raisons d'un score bas pour l'indicateur. Un mauvais résultat peut refléter d'abord un taux bas de fréquentation des CP. Il peut aussi être dû au fait que les services CTV ne sont pas proposés aux femmes suivies, que les femmes refusent le test qui leur est offert, ou bien encore qu'elles reçoivent le test mais ne reviennent pas chercher les résultats. Chacun de ces éléments d'échec a des implications différentes en ce qui concerne la programmation, et toutes les informations nécessaires peuvent être tirées des données collectées pour cet indicateur. L'indicateur de synthèse n'essaie pas de mesurer la qualité du conseil ni d'autres éléments de la couverture du service.

Cet indicateur et la question du genre

L'existence de soins antirétroviraux pouvant prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant accroît fortement la valeur que peuvent prendre le conseil et le test VIH volontaires (CTV) pour les femmes enceintes. Et pourtant, de nombreuses femmes refusent de subir le test et de recevoir des soins. Il est important que les professionnels de la santé reconnaissent que le CTV comporte des risques non négligeables pour les femmes, allant de la violence de la part de leur partenaire à l'ostracisme. Il est essentiel que de normes strictes en matière de confidentialité et de respect de la vie privée soient appliquées au moment du CTV ainsi que des soins (s'ils s'avèrent nécessaires), afin de permettre aux femmes enceintes suffisamment en confiance et en sécurité de prendre le risque de subir le test. L'absence de possibilités de traitement de la mère elle-même constitue toujours un obstacle considérable à la prévention de la transmission mère-enfant.

CLINIQUES DE CONSULTATIONS PRÉNATALES OFFRANT DES SERVICES CTV ET UNE ORIENTATION VERS CES SERVICES

Définition

Le pourcentage de cliniques publiques de consultations prénatales offrant des services de conseil et de test volontaires pour le VIH dispensés par du personnel formé ou bien où les femmes sont orientées vers des services CTV.

Au cours d'une enquête auprès de centres de santé, des consultations prénatales choisies au hasard sont observées. L'interrogatoire du personnel et l'examen des dossiers sont menés dans le but de déterminer si le personnel a été formé pour donner du conseil, et si les femmes examinées lors de la consultation sont habituellement conseillées au sujet du VIH au cours de la grossesse. On vérifie si les patientes se voient proposer des tests VIH avec un conseil post-test, ou bien si elles sont orientées vers des services externes qualifiés. Le volume annuel de patientes suivies lors de la consultation est aussi noté.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de consultations prénatales offrant le test volontaire pour le VIH et le conseil post-test dispensé par du personnel formé}}{\text{Toutes les consultations prénatales visitées au cours de l'enquête}} \times 100$$

L'indicateur peut ensuite être pondéré par le volume de clientèle.

Les données nécessaires

Le nombre total des cliniques de consultation prénatales et des cliniques prénatales offrant le CTV et qui réfèrent les clientes pour les services CTV.

Source(s) de données

Guide ONUSIDA pour le suivi et l'évaluation des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ; Outil ONUSIDA pour l'évaluation du conseil et du test VIH volontaires.

But et questions

Les cliniques privées sont souvent les premières à offrir des services aux femmes enceintes infectées par le VIH qui ont les moyens de payer les traitements. Ces traitements étant très chers, les programmes nationaux visent à les rendre accessibles aux classes défavorisées, en fournissant les services dans les centres de soins publics. Il est donc recommandé que cet indicateur soit réservé à la mesure des services dispensés dans les cliniques du secteur public. Cependant, les pays qui font un effort pour améliorer la formation du personnel des consultations prénatales privées ou des sages-femmes traditionnelles en conseil, peuvent inclure ces groupes dans l'indicateur.

Idéalement, la mesure devrait inclure tous les services prénatals du pays. Mais ceci étant difficile à réaliser dans la pratique, on procède à un échantillonnage.

Cet indicateur est le plus utile dans les pays qui sont en train de généraliser activement la prévention de la transmission mère-enfant. Une augmentation régulière de l'indicateur reflète probablement une extension des prestations de services de prévention. Cependant, s'il est nécessaire de procéder à un échantillonnage, l'indicateur reflétera les progrès plus lentement.

POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT EU DES RAPPORTS SEXUELS A RISQUE AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE

Définition

La proportion de répondants ayant eu au cours des 12 derniers mois, un rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal non cohabitant, parmi tous les répondants rapportant avoir eu une activité sexuelle au cours de la même période.

Les répondants sont interrogés sur leur état civil et sur leurs trois derniers partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. On demande des détails sur la cohabitation, la durée de la relation avec chaque partenaire, l'utilisation de préservatifs et d'autres facteurs. Le numérateur se compose des répondants qui indiquent avoir eu des rapports sexuels avec une personne qui n'est pas leur conjoint ou qui n'est pas la personne avec qui ils ont vécu au cours des 12 derniers mois. Le dénominateur représente tous les répondants qui indiquent avoir eu des rapports sexuels durant la même période.

Les hommes polygames qui vivent avec plusieurs épouses ne sont comptabilisés au numérateur que s'ils ont aussi eu des rapports sexuels avec des femmes autres que celles vivant dans leur foyer.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de personnes interrogées qui disent avoir eu des rapports sexuels avec une personne qui n'est pas leur conjoint ou qui n'est pas la personne avec qui ils ont vécu au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre total des personnes interrogées qui indiquent avoir eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses des répondant(e)s à l'enquête.

Source(s) de données

Enquête ONUSIDA auprès de la population générale ; Module SIDA EDS ; ESC FHI (adultes).

But et questions

La propagation du VIH se fait par des rapports sexuels non protégés avec des personnes qui ont plusieurs partenaires. La plupart des relations monogames se font entre des partenaires partageant le même toit, bien que la proposition inverse ne soit pas forcément vraie (des partenaires vivant sous le même toit peuvent ne pas être monogames). Les partenaires qui ne cohabitent pas (et ont donc des rapports sexuels occasionnels) sont les plus susceptibles d'avoir d'autres partenaires au cours de l'année. Ces relations comportent donc un risque plus élevé de transmission du VIH. Les programmes de prévention contre le SIDA essaient de dissuader les individus d'avoir un nombre élevé de partenaires et d'encourager la monogamie réciproque. Cet indicateur donne une estimation de la proportion de la population qui s'adonne à des relations à risque élevé qui est donc plus susceptible de s'exposer à des réseaux sexuels où le VIH peut circuler.

Cet indicateur donne une idée des degrés de rapports sexuels polygames. Si les personnes cessent d'avoir des rapports sexuels avec leurs partenaires extraconjugaux, le changement sera reflété dans cet indicateur. Cependant, si par exemple, les individus diminuent simplement le nombre de leurs partenaires de sept à un, l'indicateur ne montrera pas de changement, alors que potentiellement cela peut avoir un impact significatif sur la propagation du VIH et peut être considéré comme un succès du programme.

La définition des rapports sexuels à risque plus élevé donnée pour cet indicateur est différente de celle qui a été communément utilisée auparavant. De toute évidence, un changement de la définition affectera les tendances dans les pays qui avaient collecté des données en utilisant une définition différente de celle que nous proposons ici. Cependant, on peut contourner cette difficulté. L'outil de collecte de données qui est proposé permet le calcul simultané des versions précédentes et actuelles de l'indicateur. Dans la pratique, lorsque la comparaison des deux indicateurs à partir des données

existantes est possible, la différence relevée est minime. Le changement de la définition a été proposé surtout sur l'initiative de certains pays qui étaient insatisfaits avec les indicateurs précédents car les répondants avaient du mal à comprendre les définitions des relations régulières et occasionnelles.

Indicateur

POURCENTAGE D'UTILISATION DE PRÉSERVATIFS AU COURS DU DERNIER RAPPORT SEXUEL A RISQUE

Définition

Pourcentage de tous les répondants qui disent avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal ne cohabitant pas avec eux, parmi tous les répondants qui ont eu de tels rapports sexuels au cours des 12 derniers mois.

On demande aux répondants s'ils ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec chacun des partenaires mentionnés pour les 12 derniers mois. D'autres questions seront posées pour permettre de distinguer les partenaires qui cohabitent de ceux qui ne cohabitent pas. Le dénominateur comptabilise tous les individus qui mentionnent avoir eu, au cours des 12 derniers mois, au moins un partenaire extraconjugal ne cohabitant pas (ce qui représente aussi le numérateur de l'indicateur précédent, **le pourcentage de la population ayant eu des rapports sexuels à risque au cours de l'année précédente**). Le numérateur est le nombre de personnes faisant partie du dénominateur qui ont utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel avec leur partenaire non cohabitant *le plus récent*.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de personnes interrogées répondant avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec le partenaire extraconjugal non cohabitant le plus récent}}{\text{Nombre total de personnes indiquant avoir eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois avec un partenaire extraconjugal non cohabitant}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses des répondant(e)s à l'enquête.

Source(s) de données

Enquête ONUSIDA auprès de la population générale ; Module SIDA EDS ; ESC FHI (adultes).

But et questions

Si tout le monde utilisait un préservatif lors de chaque rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal ou un partenaire non cohabitant, une épidémie à VIH de transmission hétérosexuelle serait éradiquée. Pour que les programmes SIDA puissent réussir à infléchir le cours de l'épidémie, ils doivent non seulement essayer de diminuer le nombre de relations occasionnelles, mais aussi promouvoir l'utilisation des préservatifs au cours de ces relations. Cet indicateur suit les changements dans la fréquence d'utilisation des préservatifs au cours des relations occasionnelles.

Une augmentation de l'indicateur est une preuve très importante de l'effet positif des campagnes de promotion des préservatifs sur leur cible principale.

Les campagnes de promotion des préservatifs visent à obtenir une utilisation régulière des préservatifs avec les partenaires occasionnels, plutôt qu'une utilisation ponctuelle. On a donc posé au cours de certaines enquêtes, des questions concernant l'utilisation répétée, en utilisant les termes toujours/parfois/jamais. Ce type de questions peut être utile dans des enquêtes au sein de groupes particuliers à risque (voir plus bas). Mais, dans le cadre d'une enquête auprès de la population générale, elles ne sont pas suffisamment précises et sont sujettes, entre autres, à des imprécisions dues à l'oubli. Poser des questions sur le rapport sexuel le plus récent avec un partenaire non cohabitant, réduit le risque d'oubli et donne un bon aperçu global des taux d'utilisation des préservatifs. Parce que des niveaux accrus d'utilisation de préservatifs dans le cas de relations avec un partenaire occasionnel démontrent l'accroissement de leur utilisation régulière de préservatifs en général, cet indicateur appuie l'objectif d'une utilisation régulière du préservatif.

Cet indicateur et la question du genre

Même si certaines femmes sont au courant des effets protecteurs du préservatif, le niveau de négociation sexuelle entre partenaires varie en fonction de l'équilibre des pouvoirs entre les deux. La plupart du temps, cet équilibre favorise fortement l'homme. Ce fait a plusieurs ramifications. Entre autres, il arrivera que de nombreuses femmes n'aient pas suffisamment de capacités de négociation pour imposer à leur partenaire l'usage du préservatif ou qu'elles ne souhaitent pas aborder le sujet à cause du lien imputé entre préservatifs, relations sexuelles illicites et IST. Il se peut que certaines femmes aient peur d'imposer l'usage du préservatif ou de l'utiliser comme condition (refuser des relations sexuelles si le partenaire s'oppose à l'usage d'un préservatif). Elles craignent que le partenaire devienne violent à leur égard, qu'on les juge comme étant infidèles ou de mœurs légères, ou encore d'être abandonnées (ce qui, du point de vue de certaines femmes, peut avoir des conséquences plus graves que la participation à des relations sexuelles non protégées) [ONUSIDA 1998].

Sans jamais être impliquées dans des « relations sexuelles à risque plus élevé » (définies comme étant des relations sexuelles avec un partenaire extraconjugal non cohabitant), de nombreuses femmes sont pourtant exposées au sein d'une relation monogame ou du mariage, et ce, tout particulièrement là où le préservatif est peu utilisé entre partenaires conjugaux ou réguliers. Les normes culturelles font preuve d'indulgence envers les hommes qui ont plusieurs partenaires sexuels. Ceci réduit d'autant l'effet protecteur que pourrait avoir une relation monogame pour les femmes qui n'ont aucun contrôle sur les relations extraconjugales de leur partenaire ou qui n'en ont pas connaissance (ONUSIDA, 1999a).

Indicateur

POURCENTAGE D'HOMMES AYANT RECOURS AU COMMERCE DU SEXE AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE

Définition

Pourcentage d'hommes rapportant avoir eu des rapports sexuels avec une professionnelle du sexe au cours des 12 derniers mois.

Cet indicateur est conçu *uniquement* pour les pays ayant des populations bien définies de professionnelles du sexe (voir plus bas). Dans le cadre d'enquêtes auprès de la population générale ou bien lors d'enquêtes spécialisées parmi des groupes d'hommes qui répondent au profil des clients des professionnelles du sexe (militaires, conducteurs de camions, etc.), on demande directement aux hommes s'ils ont eu des rapports sexuels avec une professionnelle du sexe au cours des 12 derniers mois.

Même si dans un pays donné il peut y avoir plusieurs groupes de professionnels du sexe bien distincts avec des risques potentiels variables, dans le but de suivi et d'évaluation, tous ces groupes doivent être inclus dans l'indicateur de rapports sexuels payants.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'hommes rapportant avoir eu des rapports sexuels avec une professionnelle du sexe au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre total d'hommes interrogés}} \times 100$$

Auparavant et dans certains pays, le dénominateur de cet indicateur ne représentait que les hommes actifs sur le plan sexuel (et non tous les hommes interrogés). Afin de pouvoir surveiller les tendances dans le temps, il est recommandé de continuer à calculer l'indicateur en utilisant l'ancien dénominateur, mais aussi de collecter en parallèle durant plusieurs années, les données nécessaires au nouvel indicateur calculé avec tous les hommes au dénominateur.

Donnée(s) nécessaire(s)

Les réponses obtenues au cours d'enquêtes.

Source(s) de données

Enquête ONUSIDA de la population générale ; module SIDA EDS ; ESC FHI (adultes).

But et questions

Dans les épidémies concentrées, on s'intéresse particulièrement aux rapports sexuels croisés entre la population générale et les groupes ayant un risque élevé d'infection. Pour les épidémies concentrées parmi les hétérosexuels, le foyer initial de l'infection se trouve chez les professionnelles du sexe et leurs clients. Ces derniers propagent ensuite l'infection dans la population générale par l'intermédiaire de leurs femmes et petites amies, et également parmi les autres professionnelles du sexe. Dans de telles situations, les programmes SIDA essaient souvent, d'une part de diminuer la proportion d'hommes ayant des rapports sexuels avec des professionnelles du sexe, et d'autre part d'augmenter l'utilisation des préservatifs durant ces rencontres. L'indicateur mesure le degré de réalisation du premier de ces deux objectifs.

Cet indicateur est utile dans les épidémies concentrées parmi les hétérosexuels, dans les pays où le commerce du sexe est fréquent et où «la prostituée» a un rôle bien défini (en particulier dans les maisons closes). Autrement dit, il est susceptible d'être utilisé surtout dans les pays où le commerce du sexe a joué un rôle prépondérant dans l'épidémiologie du VIH (comme dans beaucoup de pays asiatiques).

Les tentatives de collecte et d'analyse des données qui utilisaient une définition plus élargie de commerce du sexe, n'ont pas fourni d'informations utiles. Par exemple, la question suivante était posée : «Avez-vous donné ou reçu de l'argent ou des cadeaux en échange de rapports sexuels». Or, dans certaines cultures, une proportion des personnes qui répondent par l'affirmative à cette question ne sont pas des professionnelles du sexe. En termes d'épidémiologie, seules les professionnelles du sexe constituent un pôle d'intérêt, car elles rencontrent un nombre élevé de partenaires et ont donc une grande

probabilité de s'exposer à l'infection et de la transmettre. Par conséquent, s'il n'existe pas localement de terme spécifique pour la prostitution, il se peut que cet indicateur ne soit pas pertinent au programme. Dans de telles situations, il ne devrait pas être utilisé.

Cet indicateur est aussi d'utilisation limitée dans les épidémies à très grande prévalence, car la différence entre le risque associé aux rapports sexuels avec des professionnelles du sexe et celui associé aux rapports sexuels avec des partenaires occasionnels peut ne pas être significative.

Il est possible de construire un indicateur similaire pour les clients des hommes professionnels du sexe, au cours d'enquêtes spéciales portant sur les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Indicateur

POURCENTAGE DE JEUNES AYANT EU DE MULTIPLES PARTENAIRES SEXUELS AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE

Définition

Pourcentage de jeunes (âgés de 15 à 24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois, parmi les jeunes ayant participé à l'enquête.

Dans le cadre d'une enquête effectuée auprès de jeunes âgées de 15 à 24 ans, ils sont interrogés sur leurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Ceux qui indiquent avoir eu plus d'un partenaire au cours des derniers 12 mois sont comptabilisés dans le numérateur. Le dénominateur représente le nombre total de jeunes interrogés.

L'indicateur doit être présenté séparément pour les jeunes hommes et les jeunes filles. Il doit aussi être calculé séparément, et de manière appropriée pour les jeunes de moins de 15 ans, ceux(celles) âgé(e)s de 15 à 19 ans et ceux(celles) de 20 à 24 ans.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de jeunes (âgés de 15 à 24 ans) indiquant avoir eu des relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre total de jeunes interrogés}} \times 100$$

Les données nécessaire(s)

Les réponses des répondant(e)s à l'enquête.

Source(s) de données

Enquête ONUSIDA de la population générale ; module SIDA EDS ; ESC FHI (jeunesse).

But et questions

Les messages de prévention visant les jeunes préconisent d'abord l'abstinence et souvent soulignent la monogamie réciproque. Cependant, à cause de l'instabilité habituelle des relations sexuelles entre jeunes, des relations initialement mutuellement monogames risquent d'être

brisées et d'être remplacées par d'autres, dans lesquelles prévalent des intentions similaires de fidélité. Cette monogamie épisodique ne constitue pas une protection efficace contre l'infection par le VIH, particulièrement dans les épidémies à forte prévalence du VIH. Cet indicateur mesure la proportion de jeunes exposés à plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire la proportion pour laquelle le message «un seul partenaire fidèle» a échoué.

Cet indicateur ne fait aucune distinction entre partenaires conjugaux et extraconjugaux. Il suit toutes les relations à partenaires multiples quel que soit leur degré relatif de risque. L'indicateur similaire des comportements sexuels de l'adulte (le **pourcentage de la population ayant eu des rapports sexuels à risque au cours de l'année précédente**) fait une distinction entre partenaires conjugaux et cohabitant et tous les autres types de partenaires. Ceci permet notamment de faire face aux difficultés de mesure dans les sociétés polygames, où les hommes peuvent avoir plusieurs partenaires au sein du mariage. Toutefois, la polygamie est extrêmement rare parmi les hommes de moins de 25 ans. Il n'est donc pas nécessaire de faire la distinction dans un indicateur pour jeunes gens.

L'indicateur pâtit également de la partialité de la personne interrogée et des contraintes sociales. Les jeunes gens saturés de messages préventifs seront fortement tentés à mentionner moins de partenaires qu'ils n'en ont eus réellement. De même, une forte pression sociale sur les femmes peut les inciter à donner des réponses inexactes.

POURCENTAGE DE JEUNES UTILISANT UN PRÉSERVATIF LORS DU DERNIER RAPPORT SEXUEL À HAUT RISQUE

Définition

Pourcentage de jeunes (âgés de 15 à 24 ans) ayant eu un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal ou non cohabitant, au cours de cette même période, parmi les jeunes ayant participé à l'enquête.

Dans le cadre d'une enquête effectuée auprès de la population générale ou ciblant spécialement les jeunes, des questions sont posées sur les partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Pour chaque partenaire cité, on note s'il y a cohabitation ou pas. Lorsque l'enquête est menée auprès de personnes âgées de 15 à 49 ans, les données peuvent être simplement stratifiées par groupes d'âges pour calculer cet indicateur. Le dénominateur comprend tous ceux âgés de 15 à 24 ans. Le numérateur regroupe tous ceux qui ont rapporté avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant au cours des 12 derniers mois.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de jeunes qui ont rapporté avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant}}{\text{Nombre total de jeunes ayant participé à l'enquête}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses des répondant(e)s à l'enquête.

Source(s) de données

Enquête ONUSIDA ; Module SIDA EDS ; ESC FHI (jeunes).

But et questions

Cet indicateur inclut les partenaires extraconjugaux des jeunes déjà mariés, aussi bien que tous les partenaires de

ceux qui sont célibataires et dont la relation sexuelle n'est pas encore assez stable pour cohabiter avec le partenaire.

Il diffère de l'indicateur du **pourcentage d'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel à haut risque** dans la mesure où il inclut dans le dénominateur toutes les personnes interrogées et non pas seulement celles qui indiquent avoir eu des rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois.

L'indicateur doit être présenté séparément par sexe pour les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Il peut également, le cas échéant, être présenté séparément par sexe pour les jeunes de moins de 15 ans, ceux de 15 à 19 ans et ceux de 20 à 24 ans.

Cet indicateur des comportements sexuels des jeunes peut avoir un impact puissant sur la sensibilisation et la mobilisation. Lorsque l'indicateur révèle une faible utilisation de préservatifs lors de relations sexuelles à haut risque parmi les jeunes, le programme devra se concentrer non pas sur l'abstinence après les premières relations sexuelles, mais essentiellement sur l'utilisation des préservatifs. Cependant, il peut y avoir d'importantes contraintes là où les programmes ne souhaitent pas s'occuper de la sexualité des jeunes.

Comme l'indicateur précédent, le **pourcentage de jeunes ayant eu multiples partenaires sexuels au cours de l'année précédente**, cet indicateur touche toutes les personnes célibataires ayant des rapports sexuels. Leur nombre sera en général relativement élevé, notamment parmi les hommes. Cet indicateur touche également les jeunes mariés ayant des rapports sexuels extraconjugaux.

Cet indicateur est affecté par les mêmes contraintes inhérentes aux enquêtes sur les comportements sexuels. Selon le degré d'influence des efforts déployés par le programme et/ou des mœurs culturelles et religieuses qui prévalent, les jeunes sont généralement plus disposés que les adultes à divulguer des détails sur leurs comportements sexuels.

Indicateur

LE POURCENTAGE D'USAGERS DE DROGUES INJECTABLES N'ÉCHANGEANT JAMAIS LEUR MATÉRIEL AU COURS DU DERNIER MOIS

Définition

Le pourcentage de consommateurs de drogues par injection qui déclarent n'avoir jamais partagé le matériel d'injection au cours du mois dernier

Dans le cadre d'une enquête sur les comportements auprès de consommateurs de drogues par injection, les répondants indiquent leurs habitudes d'injections. Ceux qui rapportent avoir utilisé en commun aiguilles, seringues ou autre matériel d'injection au cours du mois dernier sont exclus du numérateur. Le dénominateur comprend toutes les personnes rapportant s'être piquées le mois dernier.

Les questionnaires doivent spécifier tous les types de «matériel» utilisés localement pouvant mener à un échange de fluides biologiques.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de consommateurs de drogues à injection qui déclarent n'avoir jamais partagé le matériel d'injection au cours du mois dernier}}{\text{Nombre total de personnes interrogées indiquant avoir utilisé des drogues à injection au cours du mois dernier}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses des répondant(e)s à l'enquête.

Source(s) de données

ESC FHI (consommateurs de drogues à injection).

But et questions

L'utilisation en commun du matériel d'injection par les consommateurs de drogues injectables est un facteur très répandue de transmission du VIH. Le risque d'être contaminé par une seule injection à risque est si grand

que les programmes doivent avoir pour objectif non seulement la réduction de l'utilisation en commun du matériel, mais l'abandon de ce comportement.

Cet indicateur mesure les tendances de l'adoption systématique d'un comportement sans risque parmi les consommateurs qui continuent de s'injecter des drogues.

Comme pour tout indicateur mesuré parmi les consommateurs de drogues par injection, la plus grande difficulté est d'avoir accès à ce groupe. L'échantillonnage aléatoire est presque impossible, et celui qui est réalisé par commodité est biaisé de façon imprévisible. Il est de ce fait difficile de déterminer à quel point les personnes interrogées sont représentatives de l'ensemble des usagers de drogues par injection. Les tendances dans le temps seront difficiles à interpréter lorsque la représentativité de l'échantillon varie.

Les enquêtes sont effectuées auprès de personnes identifiées comme faisant partie de la communauté des consommateurs de drogues par injection. Il est possible qu'à la suite d'interventions relatives au VIH, certaines personnes s'injectant des drogues arrêtent d'en consommer ou passent à des drogues non injectables. Puisque l'indicateur est conçu pour refléter les changements survenant dans les pratiques d'injections à risques parmi les personnes qui continuent à s'injecter des drogues, toute personne ayant renoncé à l'injection de drogues ne sera plus comptabilisée dans le dénominateur de l'indicateur.

Certains programmes à but éducatif se sont concentrés sur la stérilisation des aiguilles. Les consommateurs peuvent continuer à s'injecter des drogues et même à utiliser des aiguilles en commun, à condition de les stériliser après chaque utilisation. Il est cependant difficile d'évaluer la réussite des efforts individuels de stérilisation du matériel. L'expérience dans certains

groupes a montré qu'un nettoyage inadéquat est répandu. Tant et si bien que plusieurs programmes ont cessé d'encourager le nettoyage du matériel en tant que méthode de prévention, préférant se concentrer les efforts pour mettre fin au partage du matériel d'injection. Cet indicateur inclut dans son numérateur tous les consommateurs de drogues par injection qui stérilisent leur matériel tout en continuant à partager le matériel d'injection.

Cet indicateur est extrêmement sensible aux changements récents dans les pratiques d'injection, car il se limite aux UDI (usagers de drogues à injection) qui se sont piqués au cours du mois dernier. Les pays ayant une politique non cohérente d'encouragement des injections de drogues sans risques, observeront de grandes variations de l'indicateur. Des mesures de répression policières contre les UDI, les revendeurs ou autres services de soutien tels que les centres d'échange d'aiguilles, peuvent mener à des changements importants et rapides dans les pratiques d'injection.

De plus, l'indicateur est fortement sujet à des écarts dûs à l'oubli. En fonction du contexte local de prise de drogues, dans certains cas les UDI se piquent plusieurs fois par jour. Il peut s'avérer difficile de se souvenir des circonstances entourant chaque injection au cours des 30 derniers jours.

Indicateur

POURCENTAGE D'UNITÉS DE SANG POUR TRANSFUSION AYANT PASSÉ UN DÉPISTAGE

Définition

Pourcentage d'unités de sang transfusé au cours des 12 derniers mois, ayant fait l'objet d'un test VIH adéquat, conformément à des directives nationales ou de l'OMS.

Trois éléments sont nécessaires pour cet indicateur: le nombre d'unités de sang transfusées au cours des 12 derniers mois, la proportion d'unités de sang ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et la proportion d'unités dépistées selon des normes nationales ou de l'OMS.

Le nombre d'unités de sang transfusées, ainsi que la proportion d'unités de sang ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH, devraient être disponibles auprès des systèmes d'information sanitaires. La qualité du dépistage peut être déterminée à partir d'une étude spéciale testant à nouveau un échantillon de sang ayant déjà été testé, ou à partir d'une évaluation des conditions dans lesquelles le dépistage a été effectué. Lorsque cette démarche n'est pas possible, on évalue si le sang a été dépisté de manière adéquate pour cet indicateur d'après le pourcentage de centres ayant un historique satisfaisant de dépistages et de transfusions et n'ayant pas eu de rupture de stock des outils nécessaires pour le test.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'unités de sang transfusées au cours des 12 derniers mois ayant fait l'objet d'un dépistage adéquat du VIH}}{\text{Nombre d'unités de sang transfusées}} \times 100$$

Les données nécessaires

Dossiers de programme.

Source(s) de données

Protocole pour la sécurité sanguine et transfusionnelle de MEASURE Evaluation.

But et questions

Les programmes de sécurité transfusionnelle visent à assurer le dépistage du VIH de la grande majorité des unités de sang (idéalement 100%), ainsi qu'à garantir que les unités de sang faisant partie de la réserve nationale ne sont pas contaminées. Ce n'est à l'évidence pas le cas dans un grand nombre de pays. Certaines unités de sang ne sont pas dépistées du tout ; d'autres sont dépistées par du personnel peu qualifié, utilisant du matériel périmé ou insuffisant. Pire encore, des centres de dépistage peu fiables utilisent uniquement sur certaines unités de sang des méthodes de recherche d'anticorps. Les tests peuvent être négatifs s'ils sont pratiqués avant qu'un donneur infecté par le VIH n'ait développé des anticorps contre le virus. Tous ces facteurs impliquent qu'une proportion importante d'unités de sang peut être considérée sans risque alors qu'elle est en réalité contaminée. Cet indicateur donne une idée du pourcentage global d'unités de sang ayant été testées selon des normes suffisamment strictes pour que ces unités de sang puissent être considérées comme non infectées par le VIH.

Cette mesure constitue un solide indicateur de la sécurité globale des réserves d'unités de sang là où suffisamment d'informations sont disponibles. Cependant, les changements de l'indicateur peuvent refléter aussi bien des changements de la proportion d'unités de sang dépistées que des changements dans la qualité du procédé de dépistage. La réussite d'une campagne visant à réduire les transfusions inutiles peut également être reflétée dans cet indicateur. En effet, le nombre total d'unités transfusées diminuera, et la proportion de celles dépistées selon les normes nationales ou de l'OMS augmentera en conséquence. Pour les besoins du programme, les différentes composantes de l'indicateur doivent donc être rapportées séparément.

Lorsque le système de santé est décentralisé ou que le secteur privé est impliqué dans la collecte et le dépistage du sang, il peut être difficile d'obtenir des informations

assez fiables pour construire un indicateur solide représentatif à un niveau national. Dans ce cas, il sera probablement nécessaire de sélectionner des hôpitaux et des laboratoires sentinelles au sein des secteurs public et privé, pour mener des enquêtes sur la transfusion sanguine et la qualité du dépistage.

Indicateur

POURCENTAGE DE PATIENTS ATTEINTS D'IST RECEVANT UN DIAGNOSTIC CORRECT ET UN TRAITEMENT APPROPRIÉ

Définition

Pourcentage de patients atteints d'IST au sein de centres de santé sélectionnés recevant un diagnostic correct et un traitement adéquat, conformément aux directives nationales, parmi tous les patients atteints d'IST vus dans ces centres.

Les données sont collectées lors d'observations et d'entretiens avec les prestataires dans les sites offrant des services IST choisis pour l'enquête. Les prestataires sont évalués sur l'interrogatoire, l'examen et le traitement des patients. Pour qu'un patient soit comptabilisé au numérateur de l'indicateur, le prestataire avec lequel il a eu contact doit obtenir un score positif pour les trois éléments.

Les chercheurs ayant développé des protocoles ont essayé plusieurs méthodologies alternatives de collecte de données. Dans certains cas, outre l'observation et les interrogatoires des prestataires, ou au lieu de ces techniques, les données ont été également collectées à travers des entretiens à la sortie des patients et le contact avec des patients simulés qui sont des évaluateurs formés jouant ce rôle.

Le diagnostic correct et le traitement «approprié» sont évalués conformément aux directives nationales régissant les services IST. Dans les pays en voie de développement, cela englobe le plus souvent des protocoles pour la prise en charge par syndrome des infections liées à des pathogènes sexuellement transmissibles fréquents dans la région. Ces protocoles comprennent le traitement par des médicaments spécifiés dans une liste établie à l'échelle nationale. Dans certains pays, la prise en charge par syndrome et celle par étiologie est considérée comme appropriées selon la capacité de diagnostic des prestataires de services. En cas d'absence de directives nationales, les directives de l'OMS sur la prise en charge par syndrome peuvent être utilisées pour orienter l'évaluation du traitement approprié.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de patients atteints d'IST recevant un diagnostic correct et un traitement adéquat}}{\text{Nombre total de patients atteints d'IST}} \times 100$$

Les données nécessaires

L'évaluation d'un expert externe.

Sources de données

Directives modifiées de l'OMS/ONUSIDA relative à l'évaluation des services IST ; Évaluation des prestations de services MEASURE (EPS, enquêtes auprès des établissements).

But et questions

Les programmes de lutte contre les IST se concentrent sur les syndromes des IST. Cette approche est considérée comme la plus pratique en situation de prévalence élevée et en cas de faibles ressources. L'adoption de la prise en charge par syndrome a permis d'étendre les soins dans la mesure où le diagnostic est moins difficile. Cela a nécessité un investissement important pour former du personnel soignant (infirmières et autres), souvent novice dans le domaine des soins des IST ou bien ignorant de cette nouvelle approche.

Cet indicateur reflète la réussite de cette formation, combinée aux efforts entrepris en vue de garantir un approvisionnement suffisant en médicaments et autres matériels nécessaires pour les soins. Il suit les changements au niveau de la prestation de services adaptés aux patients venus consulter dans les services d'IST.

Le choix des sites de prestation des soins pour IST à enquêter est important. Traditionnellement, cet indicateur a été construit en premier lieu pour les services IST du secteur public. En effet, la formation

pour une prise en charge par syndrome était au départ essentiellement destinée aux employés du secteur public. Cependant, il est reconnu que les personnes souffrant d'IST vont souvent se faire traiter dans d'autres secteurs : des centres du secteur privé, des pharmacies ou des guérisseurs traditionnels. Certains pays ont commencé à inclure ces secteurs dans les programmes de formation et ont procédé à des évaluations en utilisant cet indicateur. Les sites pris en compte par l'enquête doivent comprendre des prestataires de soins représentatifs de tous les secteurs ayant bénéficié d'une formation de prise en charge par syndrome.

L'indicateur utilise les données obtenues lors de l'observation, mais validées par les résultats des entretiens avec les prestataires au moment de la collecte des données. Cet indicateur a déjà été largement utilisé et s'est avéré fiable. Un débat s'est ouvert pour savoir si l'observation directe et les entretiens avec les prestataires ne faussent pas les données. On pense que les prestataires de services font un meilleur travail de diagnostic et de traitement sous observation ou qu'ils ont tendance à rapporter davantage de diagnostics « corrects » et de traitements adéquats qu'il n'en ont en réalité effectués, minimisant ainsi de façon artificielle l'écart entre leur savoir et leur pratique quotidienne. La pratique des entretiens avec le patient à la sortie et la méthode du patient simulé ont démontré cependant que lorsque c'était faisable, les distorsions n'étaient pas aussi importantes que l'on pouvait le supposer. L'écart entre les connaissances et la pratique, pour ce qui est du traitement, est souvent dû au fait que les prestataires ne suivent pas les protocoles « corrects », tout simplement parce qu'ils savent que le médicament n'est pas disponible ou parce qu'il est trop cher. C'est pourquoi il est recommandé de présenter cet indicateur de pair avec des indicateurs de disponibilité des médicaments.

À l'instar de tous les indicateurs composés, les améliorations dans certains domaines peuvent masquer une détérioration dans d'autres. Si le service est médiocre dans un domaine donné, l'établissement aura un mauvais score au niveau de l'indicateur, même si la prestation dans les autres domaines s'est nettement améliorée. Les responsables de programmes doivent recevoir les notes séparément, par domaine de connaissance et de performance, afin de pouvoir identifier les domaines défaillants et améliorer les programmes de formation en conséquence.

Indicateur

POURCENTAGE DE PATIENTS ATTEINTS D'IST RECEVANT DE CONSEIL SUR L'USAGE DU PRÉSERVATIF ET LA NOTIFICATION DU PARTENAIRE, ET DE L'ORIENTATION VERS DES SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH

Définition

Le pourcentage de patients atteints d'IST qui reçoivent des conseils sur l'utilisation de préservatifs, la notification des partenaires et qui sont orientés vers des services de dépistage du VIH

L'indicateur précédent n'englobe que les deux premiers éléments de cet indicateur. Pour qu'un patient soit comptabilisé dans le numérateur de cet indicateur, un prestataire de soins doit avoir un score positif aussi bien pour les conseils relatifs à l'utilisation des préservatifs, que pour ceux se rapportant à la notification des partenaires. L'indicateur actuel inclut un troisième élément, celui du test VIH volontaire. Cependant, il existe des situations où cette référence doit être exclue de cet indicateur. C'est le cas, lorsque l'orientation des patients atteints d'IST vers le conseil et le test VIH ne fait pas partie de la politique nationale, ou lorsque des services CTV ne sont ni disponibles ni activement encouragés par les programmes nationaux de lutte contre le SIDA et les IST. Cet indicateur est mesuré à travers des enquêtes réalisées auprès d'établissements de soins, sur la base de l'observation directe de l'interaction entre les prestataires de soins et les patients.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de patients atteints d'IST qui reçoivent des conseils sur l'utilisation de préservatifs, la notification des partenaires et qui sont orientés vers des services de dépistage du VIH}}{\text{Nombre total de patients atteints d'IST}} \times 100$$

Les divers éléments de cet indicateur doivent être présentés séparément pour les raisons développées dans la section suivante.

Les données nécessaires

Données d'une évaluation externe.

Sources de données

Directives modifiées de l'OMS/ONUSIDA relatives à l'évaluation des services IST ; Évaluation des prestations de services MEASURE (EPS).

But et questions

Les services IST ne se limitent pas seulement au traitement des IST. Ils essaient également de prévenir les récurrences, en encourageant l'utilisation de préservatifs et le traitement des partenaires. Les soins des IST sont de plus en plus considérés comme un point de départ permettant une orientation vers les services de test VIH volontaire. Cet indicateur mesure le degré de fonctionnement de ces aspects des services IST.

Le fait qu'un patient fréquente un service IST signifie que les efforts entrepris en vue d'encourager des comportements sans risques ont échoué. Cette mesure ne contribue cependant pas à l'évaluation de la réussite ou de l'échec des initiatives de prévention, mais plutôt à l'évaluation de la qualité des prestations de soins.

On s'interroge sur la fiabilité de la méthode d'observation directe. En effet, il est reconnu que les prestataires de soins travaillent mieux sous observation. Aussi, pour la construction de cet indicateur, il semble que le rapport coût/efficacité des entretiens avec les patients à la sortie, soit plus avantageux que celui de l'observation directe. Cependant, il est possible que le patient rapporte mal le contenu du conseil. De plus amples recherches sont nécessaires pour déterminer la fiabilité des entretiens de sortie en vue d'une collecte de données pour cet indicateur.

La promotion des préservatifs, les conseils quant à la notification des partenaires, ainsi que l'orientation vers les tests VIH sont en fait des activités bien distinctes. La valeur d'un indicateur agrégé est de ce fait assez limitée dans ce domaine, du moins pour le personnel des programmes. De plus, l'orientation vers les services de test VIH dépendra de l'existence de tels services

au niveau local. L'ajout de la référence au test VIH modifiera, par ailleurs, les tendances dans les pays où un indicateur différent a été calculé dans le passé. C'est pour cela qu'il faut faire en sorte que les trois éléments de l'indicateur soient présentés séparément.

LE POURCENTAGE DE CENTRES DE SANTÉ OFFRANT DES SERVICES IST AYANT UN APPROVISIONNEMENT ADÉQUAT DE MÉDICAMENTS**Définition**

Pourcentage de centres de santé pour IST disposant des médicaments essentiels pour le traitement des IST et n'ayant signalé aucune rupture de stock de plus d'une semaine au cours des 12 derniers mois.

Les pays encourageant la prise en charge des IST par syndrome disposent généralement de protocoles de prescription thérapeutique pour chaque syndrome identifié ainsi que de listes officielles de médicaments essentiels incluant les médicaments qui s'appliquent. Les médicaments nécessaires au traitement de chacun des syndromes importants doivent être inclus dans la liste de contrôle des stocks établie pour cet indicateur. Les stocks de ces médicaments sont contrôlés à travers une enquête réalisée auprès d'établissements délivrant des services de soins pour IST sélectionnés au hasard. Le personnel dirigeant les centres est interrogé sur les ruptures de stock survenues au cours des 12 derniers mois, et les registres sont vérifiés pour la période en question. Le nombre de patients est également noté. Le cadre d'échantillonnage pour la sélection des sites comprend les centres et hôpitaux privés, au même titre que les services non gouvernementaux ou les établissements publics.

Pour construire l'indicateur, chaque établissement est pondéré par le nombre de ses patients. En effet, une rupture de stock dans un petit dispensaire rural aura moins d'impact sur l'épidémie à l'échelle nationale qu'une rupture de stock dans un grand établissement urbain qui reçoit un nombre de patients plus important.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de centres de santé offrant des services IST disposant d'un stock actuel de médicaments essentiels pour le traitement des IST et n'ayant signalé aucune rupture de stock au cours des 12 derniers mois}}{\text{Nombre total de centres de santé offrant des services IST}} \times 100$$

Les données nécessaire(s)

Données d'une évaluation externe.

Sources de données

Directives modifiées de l'OMS/ONUSIDA relatives à l'évaluation des services IST ; Évaluation des prestations de services MEASURE (EPS).

But et questions

Un interrogatoire, un diagnostic et une prescription corrects ne peuvent aboutir à la guérison des patients si les médicaments nécessaires ne sont pas disponibles. Ils n'auront, par conséquent, aucune influence sur la diminution du risque d'infection par le VIH.

Les programmes nationaux de lutte contre le SIDA visant à améliorer les services IST consacrent du temps et des ressources à l'amélioration de la distribution, la garantie de la qualité des médicaments fabriqués ou importés. Cet indicateur mesure le degré d'efficacité de ces efforts en vue de garantir aux prestataires des services de soins et un approvisionnement régulier en médicaments nécessaires pour un travail efficace.

Cet indicateur est une bonne mesure de l'approvisionnement continu en médicaments des établissements dispensant des services IST. C'est également une mesure minimum de la disponibilité en médicaments. Cependant, des patients examinés dans des services IST pour un diagnostic peuvent aller acheter leurs médicaments ailleurs. Dans les pays ayant un contrôle laxiste de l'approvisionnement, une rupture de stock dans un centre public pourrait simplement signifier que le stock de médicaments a été détourné vers un autre site proche. Ceci risque d'affecter le coût du médicament pour le patient (et par là-même son accessibilité), sans affecter sa disponibilité.

Encore une fois, la sélection des services IST peut avoir une influence énorme sur l'indicateur. L'enquête auprès des centres de soins doit toucher les établissements de soins de toutes catégories aussi bien du secteur privé que public.

NOMBRE/POURCENTAGE DE CENTRES DE SANTÉ AYANT LA CAPACITÉ DE FOURNIR DES SOINS ADÉQUATS À DES PATIENTS INFECTÉS PAR LE VIH

Définition

Pourcentage d'établissements de soins à divers niveaux du système de santé en mesure de fournir des soins palliatifs appropriés et un traitement des infections opportunistes, ainsi que d'orienter les patients infectés par le VIH conformément aux directives nationales.

Une enquête est réalisée auprès des établissements de soins, comprenant une inspection, des entretiens avec les prestataires de services et des examens de dossiers. Les établissements de soins sont évalués par rapport à la liste des normes en vigueur. Cette liste, modifiée en fonction des normes locales, dépendra du niveau de l'établissement de soins. Elle comprendra généralement les éléments suivants : la disponibilité de personnel qualifié, des installations adéquates pour le diagnostic, des mesures d'hygiène correctes, des soins infirmiers appropriés, des dossiers médicaux complets, des conseils de prévention, et lorsque c'est indiqué, une orientation vers un niveau de soins plus élevé et des organismes de soutien communautaires.

L'évaluation des conditions et services «adéquats» et «appropriés» se fera conformément aux directives nationales pour les soins aux patients infectés par le VIH. L'absence de telles directives indique déjà que les services de soins et de soutien pour les personnes infectées par le VIH sont probablement inadaptés. Cependant, lorsqu'il n'existe pas de directives nationales, les établissements de soins pourront être évalués d'après les normes internationales actuellement mises en place par l'OMS.

La disponibilité de médicaments et l'existence de procédures visant à éviter la transmission accidentelle du VIH au sein des institutions sanitaires ne sont pas prises en compte ici, étant couvertes par d'autres indicateurs.

L'indicateur est le nombre d'établissements de soins ayant atteint ou dépassé le score minimum d'aptitude pour la prise en charge de patients infectés par le VIH, divisé par le nombre total des établissements de soins pris en

compte par l'enquête. Pour les besoins du programme, il doit être désagrégé par niveau d'établissement de soins ainsi que par domaine de prestation de services.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'établissements de soins ayant la capacité de fournir des soins palliatifs appropriés, un traitement des infections opportunistes, et d'orienter les patients infectés par le VIH conformément aux directives nationales}}{\text{Nombre total d'établissements de soins}} \times 100$$

Les données nécessaires

Données d'une évaluation externe sur le niveau d'adéquation des soins prodigués aux patients infectés par la VIH.

Sources de données

Avant-projet de l'OMS pour l'évaluation des soins et du soutien en cas de VIH/SIDA. Protocole ONUSIDA d'évaluation des soins et du soutien.

But et questions

Au cours des premières années de l'épidémie de VIH, une forte proportion des patients atteints d'affections liées au VIH étaient automatiquement orientés vers des institutions du niveau tertiaire car, aux niveaux inférieurs, les services de santé n'avaient ni le personnel qualifié, ni la capacité de s'en occuper de manière appropriée. Il était également rare de trouver des directives de traitement «adéquat». L'orientation systématique vers les niveaux de soins les plus élevés entraîna par la force des choses une utilisation inefficace des ressources au sein du système de santé.

Au cours de ces dernières années, on a cherché à assurer que la prise en charge des affections liées au VIH se fasse au niveau approprié du système de santé. Selon les cas, les patients sont orientés vers plus d'un service

parmi plusieurs niveaux. De nombreux pays ont formulé des directives nationales guidant les prestataires de services pour fournir des soins adéquats aux patients infectés par le VIH. Les soins palliatifs et le traitement des infections opportunistes courantes et sans gravité peuvent être dispensés au niveau primaire, alors que les infections opportunistes plus complexes doivent être orientées vers des niveaux plus élevés du système de santé. En cas de besoin, l'orientation vers un soutien social et psychologique doit également être proposée aux patients.

Cet indicateur mesure la capacité des services de soins et de santé à répondre aux besoins des patients infectés par le VIH en termes de traitement, de soins et d'orientation vers un niveau adéquat du système de soins conforme aux directives nationales.

Cet indicateur rassemble beaucoup d'aspects différents des soins et des prestations de services. L'établissement n'est inclus dans le numérateur que si chacun de ces aspects atteint un score minimum. L'indicateur peut rester bas pendant un certain temps, car les services tendent à se développer de manière inégale, surtout lorsque les ressources sont limitées. La désagrégation de l'indicateur indiquera les domaines où les services se sont améliorés et ceux qui sont encore en retard.

L'attribution de notes aux composantes de l'indicateur sera forcément subjective. Cela affectera la comparaison entre pays, ainsi que l'interprétation des tendances si l'équipe d'évaluation change.

L'indicateur n'est pas pondéré par le nombre de patients, parce qu'il inclut des établissements de soins de différents niveaux de prestation. Une pondération par le nombre de patients donnerait probablement aux institutions tertiaires et aux hôpitaux de référence une influence excessive sur l'indicateur, alors que la plupart des patients prennent contact avec le système de santé au niveau primaire.

PRÉVALENCE DU VIH PARMI LES FEMMES ENCEINTES AGÉES DE 15 À 24 ANS

Définition

Pourcentage de tests VIH positifs sur des échantillons de sang prélevés chez des femmes âgées de 15 à 24 ans au cours de la surveillance sentinelle lors de consultations prénatales sélectionnées.

Les données nécessaires pour cet indicateur sont obtenues à partir du système de surveillance sentinelle du VIH. L'indicateur est calculé d'après les résultats des tests de dépistage du VIH anonymes réalisés sur des échantillons de sang provenant de femmes suivies à des consultations prénatales sentinelles. Les CP où ces femmes sont suivies sont choisies de façon à représenter les divers groupes de population rencontrés dans le pays qui distinguent par leur origine urbaine ou rurale ou par leur origine ethnique, sociale ou géographique.

Même s'il existe des programmes pour la réduction de la transmission mère-enfant qui offrent simultanément le conseil et le test VIH volontaires aux femmes enceintes, cet indicateur de prévalence du VIH ne devra être calculé qu'à partir de tests sanguins anonymes prélevés pour d'autres raisons. Comparé à d'autres formes de dépistage pour lesquelles un refus de participation fausse l'interprétation des résultats, l'utilisation de tests VIH anonymes et indépendants réduit considérablement les résultats biaisés.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans pour qui le test de dépistage du VIH s'avère positif}}{\text{Nombre total de femmes âgées de 15 à 24 ans dont le sang a été testé}} \times 100$$

Les données nécessaires

Résultats de tests de séropositivité pour le VIH.

Sources de données

Surveillance ONUSIDA/OMS de deuxième génération ; Directives OMS pour la surveillance du VIH.

But et questions

Les femmes enceintes ont forcément eu des rapports sexuels non protégés au cours des dix mois précédant leur grossesse. Le taux d'infection à VIH parmi ces femmes ne reflète pas les femmes inactives sur le plan sexuel, ni les femmes stériles, ni les femmes utilisant un moyen de contraception (entre autres des préservatifs, qui permettent également la prévention de la transmission du VIH).

En limitant cet indicateur aux femmes âgées de moins de 25 ans, on cherche à donner une image des tendances récentes de l'infection. La plupart des infections au sein de ce groupe d'âge, sont relativement récentes, et les données provenant de ces femmes jeunes sont moins biaisées que les données provenant du groupe d'âge regroupant toute la période reproductive. L'indicateur est rapporté pour les femmes âgées de 15 à 24 ans. Cependant, il est fortement recommandé de présenter deux résultats séparés : l'un pour les femmes de 15 à 24 ans, et l'autre pour toute la période reproductive, de 15 à 49 ans. Pour plusieurs pays n'ayant pas auparavant rapporté la prévalence du VIH par groupe d'âge, il est important de continuer à rapporter la prévalence du VIH pour les groupes d'âge de 15 à 49 ans pour permettre la comparaison des tendances au fil du temps.

Des informations supplémentaires peuvent être obtenues en examinant les données de prévalence selon le rang de parité de la mère. De telles informations sont collectées régulièrement au cours de la surveillance sentinelle. L'analyse des tendances chez les femmes n'ayant pas encore d'enfants et chez les primipares constitue un indicateur supplémentaire des tendances de l'incidence du VIH parmi les jeunes femmes.

Cet indicateur reflète bien les tendances récentes de l'infection à VIH à l'échelle des pays où l'épidémie est surtout d'origine hétérosexuelle. Par contre, il ne peut indiquer de façon fiable les tendances de l'épidémie dans les régions où l'infection à VIH reste confinée dans certains groupes de population ayant des comportements à haut risque. Même dans les pays ayant une épidémie généralisée d'origine hétérosexuelle, les tendances de l'infection à VIH varient beaucoup entre autres, en fonction des régions et des groupes ethniques. Ces variations ne seront pas mises en évidence lorsque les données sont agrégées en une seule valeur nationale. Pour répondre aux objectifs du programme, on devra donc toujours rapporter aussi bien la prévalence globale à l'échelle nationale que la prévalence désagrégée par site, tout en faisant particulièrement attention à cette dernière, étant donnée la sensibilité du sujet sur le plan politique.

Auparavant, au cours de la surveillance sentinelle régulière, la taille des échantillons était choisie pour mesurer les variations des tendances au sein de tout le groupe d'âge de 15 à 49 ans. Le nombre d'individus dans chaque fourchette d'âge de cinq ans était probablement trop peu important pour obtenir des données fiables sur les tendances, surtout à l'échelle de chaque site sentinelle. Pour pouvoir construire un indicateur qui soit fiable pour les groupes d'âge plus jeunes, la taille des échantillons devra être plus grande.

Il est évident que les tendances de l'infection à VIH chez les femmes enceintes ne peuvent refléter de façon adéquate certains changements importants de comportements, préconisés par les programmes de prévention contre le SIDA, tels que l'abstinence et l'utilisation systématique de préservatifs dans toutes les populations et non seulement les patientes des consultations prénatales. Comme nous l'avons décrit plus haut, les tendances de l'infection à VIH sont biaisées. La prévalence chez les femmes enceintes permet de donner une idée des tendances de la prévalence dans la population en général, mais ne représente pas une estimation précise des taux chez toutes les femmes, et encore moins chez les hommes.

Pour que les données de prévalence aient une meilleure valeur explicative, elles doivent par conséquent être rapportées parallèlement avec les données sur les comportements (telles que l'âge moyen lors de la première relation sexuelle ou l'utilisation de préservatifs lors du dernier rapport sexuel).

PRÉVALENCE DU VIH DANS LES GROUPES DE POPULATION À RISQUE

Définition

Prévalence du VIH parmi les membres d'un groupe de population bien défini, ayant un risque plus élevé de contracter ou de propager le VIH.

Le suivi de la prévalence du VIH peut présenter des difficultés d'ordre logistique et éthique, surtout en cas de marginalisation des groupes ou en cas d'activités illégales. Les problèmes majeurs sont ceux de l'échantillonnage et de l'estimation de la taille totale de la population étudiée. Pour pouvoir interpréter cet indicateur, il est essentiel de savoir si l'échantillon choisi est bien représentatif de la population élargie aux personnes partageant les mêmes comportements à risque. Pour certains groupes, les stratégies d'échantillonnage basées sur la population seront nécessaires. Dans d'autres situations, des sites sentinelles sont déjà disponibles. Ces sites sentinelles dépendent généralement des prestations de services de soins, comme par exemple, un centre de santé pour hommes dans une région à forte concentration de bars pour homosexuels ou un centre de désintoxication pour toxicomanes.

L'indicateur est le nombre d'individus faisant partie d'un groupe particulier de population à risque ayant un test VIH positif au niveau d'un site sentinelle, divisé par le nombre total d'individus de ce groupe de population qui ont été testés pour le VIH.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'individus faisant partie d'un groupe particulier de population à risque ayant un test VIH positif}}{\text{Nombre total d'individus de groupe testés pour le VIH}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les résultats de tests de séropositivité pour le VIH.

Sources de données

Directives ONUSIDA/OMS pour la Surveillance de deuxième génération ; Directives FHI pour l'échantillonnage dans les groupes de population.

But et questions

Pour une meilleure utilisation des ressources dans les pays ayant des épidémies concentrées, le suivi de l'infection à VIH doit être mené au sein des groupes à risque, le suivi parmi les femmes enceintes pouvant constituer une perte de ressources. De toutes les façons, dans les épidémies concentrées, la plupart des interventions ciblent les comportements des groupes qui contribuent le plus à la propagation de l'épidémie. Ces groupes sont constitués généralement d'un ou de plusieurs ensembles suivants : les usagers de drogues par injection, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients habituels.

La conception du système de surveillance de deuxième génération doit tenir compte du degré de l'épidémie. Dans les pays à épidémie peu active ou concentrée, la surveillance du VIH aussi bien que le suivi des comportements doivent cibler les groupes où se concentrent à la fois l'infection et les interventions. Les changements de la prévalence du VIH au sein de ces groupes reflètent le succès ou l'échec des tentatives de prévention.

À cause des difficultés d'accès aux groupes de population à risque, les données de sérosurveillance les concernant sont beaucoup plus imprécises (et souvent imprévisibles). Ce n'est pas le cas des données provenant d'une population plus généralisée, comme les femmes suivies aux consultations prénatales. Par exemple, lorsqu'un site sentinelle délivre aussi des services de soins, il aura tendance à être plus fréquenté par des personnes atteintes du VIH.

Il est particulièrement difficile de réduire les imprécisions liées à l'âge, car l'âge des personnes adoptant des comportements à risque élevé, peut varier considérablement. Il n'est donc pas souhaitable de restreindre simplement l'analyse aux jeunes, comme cela se fait pour les sites sentinelles des CP.

Malgré ces difficultés, il est essentiel dans les épidémies concentrées, de continuer à suivre l'infection à VIH parmi les individus qui ont des comportements à haut risque. Les informations ne seront pas infaillibles, mais une mesure de progrès ou d'échec, sera essentielle pour justifier le maintien des programmes de prévention au sein des groupes spécifiques de population à risque.

POURCENTAGE D'ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS QUI SONT ORPHELINS³

Définition

Pourcentage d'enfants âgés de moins de 18 ans dont la mère, le père ou les deux parents sont décédés.

Au cours d'une enquête auprès des ménages ou d'un recensement, les répondants sont interrogés sur l'âge des enfants qui vivent dans leur foyer. On leur demande également si les mères et pères de ces enfants sont en vie. Les enfants qui sont âgés de moins de 18 ans au moment de l'enquête, et dont la mère ou le père ou les deux sont décédés, forment le numérateur de cet indicateur. Le dénominateur comprend tous les enfants de moins de 18 ans cités par les répondants au cours de l'enquête.

Il est utile de présenter les résultats séparément pour les orphelins de mère, de père ou des deux parents

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'enfants âgés de moins de 18 ans dont la mère, le père ou les deux parents sont décédés}}{\text{Nombre total d'enfants âgés de moins de 18 ans mentionnés par les répondants}} \times 100$$

Donnée(s) nécessaire(s)

Les réponses obtenues au cours des enquêtes auprès des ménages.

Sources de données

Enquête ONUSIDA auprès de la population générale, section sur les ménages ; EDS, section sur les ménages ; données de recensement.

But et questions

Dans beaucoup de communautés, le VIH est en train de changer l'espérance de vie des adultes, causant la mort

d'hommes et de femmes dans la période de leur vie où ils forment habituellement des familles et élèvent des enfants. Les orphelins qu'ils laissent sont pris en charge par les autres membres de la communauté. L'impact social et économique de l'augmentation du nombre d'orphelins peut être considérable. Les programmes SIDA nationaux doivent mesurer l'étendue du problème pour mieux planifier leurs efforts de réduction de l'impact. Cet indicateur suit le nombre d'orphelins dans un pays.

Les données montrant une augmentation du nombre d'orphelins constituent un indicateur important de l'impact d'une épidémie de SIDA. Outre le suivi des conséquences des décès causés par le SIDA à l'échelon des communautés, cet indicateur peut être employé pour des actions de sensibilisation et de motivation.

Cette mesure est limitée par le fait qu'elle ne précise pas la cause de la mort des parents, et ne permet donc pas de déterminer les décès dus au SIDA. Cependant, dans la mesure où, quelques années avant l'épidémie à VIH la mortalité parmi les jeunes adultes était stable ou en déclin, il est permis de supposer que l'augmentation du nombre d'orphelins au-dessus du taux habituel est due au VIH.

Les orphelins peuvent être plus mobiles que les autres enfants. Ceux qui nécessitent le plus de soins se trouvent dans des foyers d'enfants qui ne sont pas sélectionnés lors des enquêtes auprès des ménages. Les enfants qui vivent dans des orphelinats ne seront pas non plus pris en compte. À la suite du décès de l'un des parents par le SIDA, les ménages s'éparpillent souvent complètement et les enfants quittent le foyer pour aller vivre avec d'autres membres de la famille dans la même région ou ailleurs. Il est possible de remédier à ce problème par l'intermédiaire d'enquêtes auprès des ménages, au cours desquelles on demande si les parents sont encore en vie.

³ Dans la version anglaise de 2002, l'âge était moins de 15 ans. Dans les années récentes, le standard international a changé l'âge pour moins de 18 ans.

Les définitions du statut d'orphelin peuvent varier selon les régions. Dans certains pays, la définition légale comprend tous les enfants de moins de 18 ans qui ont perdu un ou leurs deux parents ; alors que dans d'autres, elle comprend tous les enfants de moins de 15 ans qui ont perdu leur mère. Pour permettre les comparaisons entre les populations, il est suggéré d'utiliser la définition standard donnée pour le présent indicateur. Cependant, certains pays peuvent vouloir compiler aussi un indicateur basé sur leur propre définition de l'orphelin. La méthodologie pour le construire reste identique.

Partie III.D

La Maternité sans Risque

- Existence d'un plan stratégique ou opérationnel visant à promouvoir l'accès à et/ou la qualité des services de maternité sans risque
- Indice des composantes du programme maternel et néonatal
- Nombre d'établissements de santé pour 500 000 habitants offrant des soins obstétricaux essentiels
- Pourcentage d'établissements de santé menant des analyses/audits des cas de décès maternels et des cas très critiques
- Pourcentage de femmes enceintes fréquentant des dispensaires de soins prénatals soumises au dépistage de la syphilis
- Pourcentage de femmes présentant des complications obstétricales prises en charge dans un délai de deux heures après leur arrivée à l'établissement de santé
- Proportion des césariennes par rapport à la totalité des accouchements
- Taux de létalité (de mortalité clinique) — pour tous les types de complication
- Pourcentage du public visé connaissant les trois principaux signes avant-coureurs/de danger des complications obstétricales
- Pourcentage de femmes assistées au moins une fois au cours de leur grossesse pour des raisons associées à la grossesse
- Pourcentage de femmes ayant reçu ou acheté un traitement antipaludique au cours de leur plus récente grossesse
- Pourcentage de femmes ayant reçu un traitement anthelminthique au cours de la grossesse
- Pourcentage d'accouchements assisté par un personnel de santé qualifié
- Pourcentage de femmes prises en charge lors du post-partum par un personnel qualifié
- Rapport de mortalité maternelle
- Besoins satisfaits en matière de soins obstétricaux essentiels (SOE)

LA MATERNITÉ SANS RISQUE

L'inauguration de l'Initiative pour une maternité sans risque au Kenya en 1987 a constitué le point de départ d'efforts de collaboration à l'échelle internationale pour diminuer la mortalité maternelle. A partir de ce moment-là, la diminution de la mortalité maternelle a été le but constant de nombreux programmes de santé internationaux. Les efforts internationaux visent à atteindre une réduction de l'ordre de 75 pour cent des rapports de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 (OMS, 2001c).

Alors qu'une maternité comportant un risque moindre demeure un domaine prioritaire dans le développement de politiques, l'étendue de ce qui constitue la maternité avec moins de risque a changé de façon considérable au cours des 13 dernières années. L'un des facteurs décisifs a été l'incorporation d'une approche des droits humains dans la décision de ce qui constitue la maternité sans risque, suite aux recommandations de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD). En définissant la mortalité maternelle comme une injustice sociale, les programmes « pour une maternité sans risque » sont en mesure de faire appel à un ensemble beaucoup plus large d'initiatives politiques, sociales, et économiques qu'auparavant (FNUAP et al., 1997).

Une connaissance plus approfondie et une meilleure compréhension des déterminants de la santé maternelle ont contribué à la transformation des politiques et stratégies pour arriver à une maternité sans risque. En 1997, un groupe d'experts réunis au Sri Lanka est parvenu à une synthèse des plus importantes de ces nouvelles initiatives en se basant sur les leçons apprises au cours de la première décennie. Ce consensus a été présenté en une suite de dix messages d'action ou les « Priorités des dix prochaines années » (FNUAP et al., 1997). Deux de ces leçons méritent une attention particulière, ayant joué un rôle important dans la redéfinition de la politique et de la stratégie en matière de maternité sans risque.

La première leçon, qui vient de la difficulté à prédire les complications, signifiant que « toute grossesse comporte un risque », a provoqué un changement dans la population visée. On ne s'intéresse pas seulement aux femmes « à risque », mais à toutes les femmes, pour que l'accès aux soins soit universel. Ayant compris que la survie des mères relevait de l'accès aux formations sanitaires et des soins d'urgence obtenus au moment nécessaire, les efforts de programmes actuels se sont tournés vers la prestation d'un « paquet minimum » de services de soins à toutes les femmes. Au premier niveau de recours, les soins obstétricaux essentiels de base (SOE) devraient inclure les services apportés à la grossesse et aux accouchements normaux ainsi que pour la détection précoce et la prise en charge de complications. Au deuxième niveau de recours, des services de chirurgie et de transfusion sanguine devraient être disponibles dans les établissements offrant des soins obstétricaux essentiels complets (UNICEF, OMS, et FNUAP, 1997).

La deuxième leçon apprise est que la stratégie consistant en une formation de sages-femmes traditionnelles ayant des compétences obstétricales limitées n'a pas produit les résultats escomptés de réduction de la mortalité maternelle. C'est cette leçon qui sous-tend l'initiative globale visant à faire augmenter la proportion d'accouchements qui ont lieu avec l'assistance d'un(e) accoucheur(se) qualifié(e) (Berer et Ravindran, 2001 ; Graham et Bell, 2000).¹ Le raisonnement qui sous-tend cette approche est qu'une personne qualifiée (un médecin, une sage-femme, ou une infirmière avec des compétences obstétricales) ayant reçu une formation plus complète et possédant une meilleure expertise devrait être en mesure de prendre en charge et d'orienter des complications

¹ Le terme « accoucheur(se) qualifié(e) » désigne exclusivement des gens ayant des compétences obstétricales (par exemple, des médecins, des sages-femmes ou des infirmières) qui ont suivi la formation pour pouvoir prendre en charge des accouchements normaux et diagnostiquer ou transférer les complications obstétricales (OMS, 1999b).

obstétricales de façon plus efficace. Le nombre de décès maternels en serait d'autant réduit. Pour la plupart, les décès maternels et de nouveau-nés se produisent entre le début du travail et la période juste après l'accouchement. Voilà pourquoi beaucoup considèrent le fait de s'assurer de la présence d'une personne qualifiée au moment de l'accouchement comme l'intervention la plus cruciale pour réduire la mortalité tant maternelle que néonatale (Graham, 2001).

Au cours des 13 dernières années, de nombreuses autres priorités et défis ont émergé, auxquels il faut faire face, en ce qui concerne la maternité sans risque. On pense en premier à la pandémie du VIH/SIDA, laquelle, dans certains pays d'Afrique, touche près de 30 pour cent des clientes se présentant aux consultations prénatales, pour lesquelles il est urgent de trouver de nouvelles interventions importantes (Berer et Ravindan, 2001). Une autre nouvelle priorité est l'importance accordée aux soins du nouveau-né. Des interventions relativement simples pratiquées avant et après la naissance pourront permettre de réduire grandement le nombre de décès périnataux et néonataux, estimé à huit millions par an. Cette prise de conscience s'est trouvée à l'origine d'un nombre croissant de programmes visant à une amélioration de la survie des nouveau-nés. Pour une plus ample discussion concernant les soins aux nouveau-nés, voir la Partie III.E.

En 1992, l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et le Projet MotherCare ont commencé à promouvoir l'utilisation d'indicateurs de processus² pour mesurer des aspects des soins obtenus dans les centres de santé. Les éléments mesurés comprennent, entre autres, la qualité des services, l'accès des femmes aux services, et l'utilisation par de ces services par les femmes. Les indicateurs de programme offrent plusieurs avantages par rapport aux mesures basées sur la population. On peut les utiliser pour le suivi à court terme ; ils permettent d'obtenir des informations servant à la prise de décisions de gestion au niveau local ; et on peut les calculer à partir de données existantes à un coût peu élevé. Ces groupes ont suggéré l'utilisation de plusieurs indicateurs qui ont été inclus dans ce manuel. Encore récemment, l'utilisation

² Des exemples en sont, entre autres : le besoin de soins obstétricaux satisfait ou non, la proportion d'accouchements par césarienne, le pourcentage de femmes qui accouchent à l'aide d'une personne qualifiée et le lieu de l'accouchement (en tant que mesures de l'accès des femmes aux services et de l'utilisation de ces services), ainsi que le taux de mortalité clinique et le taux de transferts (en tant que mesures de la qualité des soins).

de ces indicateurs était peu répandue, mais maintenant, plusieurs pays sont en train de réaliser des évaluations de besoins et le suivi de programmes à l'aide de ces indicateurs. Les publications décrivant les avantages et les inconvénients de ces indicateurs sont de plus en plus nombreuses (Bailey et al., 2001 ; Pathak et al., 2001 ; Ronsmans et al., 1999)

Modèle conceptuel

Il existe plusieurs modèles ou cadres conceptuels différents pour aider les gestionnaires de programme et les communautés à comprendre quels sont les déterminants de la mortalité maternelle (Campbell et al., 1997 ; McCarthy et Maine, 1992 ; Thaddeus et Maine, 1994 ; Koblinsky et al., 2000). Le « modèle des trois retards » clarifie les points où des retards peuvent se produire dans la gestion des complications obstétricales au niveau des communautés et des établissements de santé.

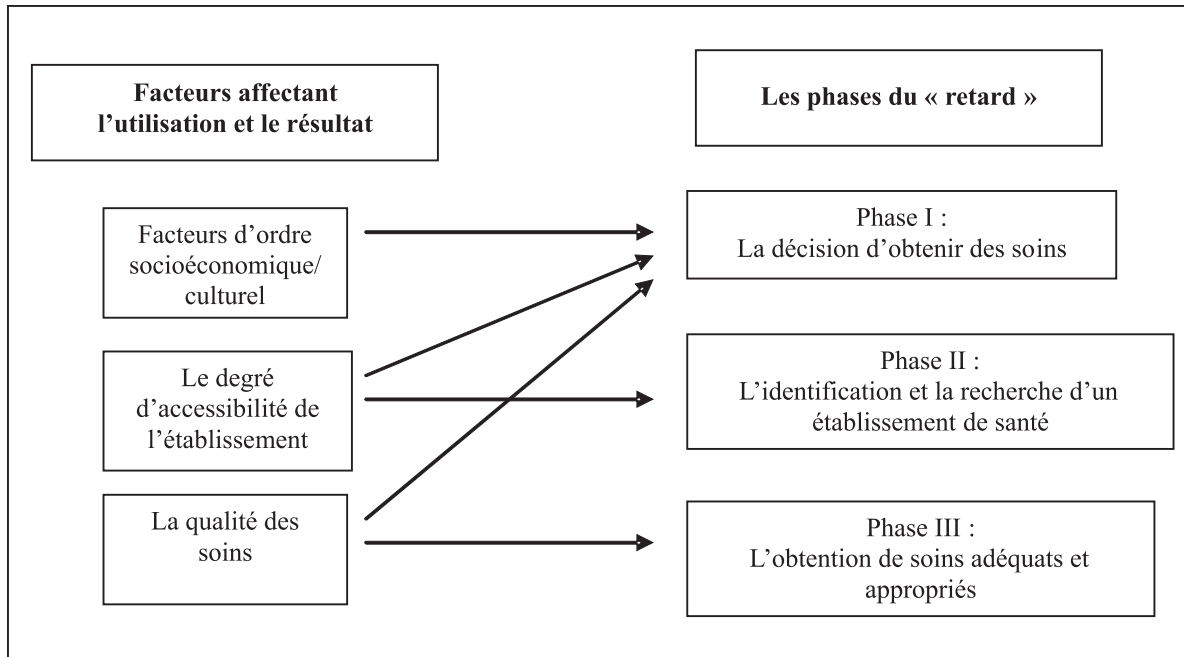
Le premier « retard » (celui se situant au niveau de la décision d'aller consulter les services de santé), peut se rapporter à plusieurs facteurs, y compris le manque d'informations sur les problèmes ou signaux d'alarme du point de vue obstétrical, la perception au niveau de la communauté que les services du centre de santé ne sont pas de bonne qualité, ou le manque de disponibilité des services de santé ; ceci accroît les coûts d'opportunité, et de ce fait, diminue les chances qu'une femme cherche à consulter de tels services.

Le second « retard » (celui pour identifier des services de santé y s'y rendre) se rapporte à la proximité géographique et au caractère accessible des services de santé. On y inclut des facteurs tels que la disponibilité de moyens de transport.

Le troisième « retard » (celui pour recevoir les soins appropriés dans un centre de santé) se rapporte aux facteurs se situant au niveau de la formation sanitaire. C'est, entre autres, le degré de disponibilité du personnel, de l'équipement et des ressources, ainsi que de la qualité et (dans certains cas) du coût des services.

On trouvera les indicateurs servant à mesurer des aspects de chacun de ces trois « retards » dans la section suivante du *Compendium* ainsi que dans d'autres sections.

Figure III.D.1. Le « modèle des trois retards ».



Source : Thaddeus et Maine, 1994

Les défis méthodologiques de l'évaluation des interventions dans le domaine de la santé maternelle

Il y a eu des changements au niveau de la définition de ce qui constitue la maternité sans risque, ainsi que des politiques et des stratégies dans ce domaine. De nouveaux problèmes de santé publique y ont aussi émergé, créant ainsi un besoin accru d'indicateurs. En plus de tout cela, le suivi et l'évaluation des programmes dans ce domaine posent un certain nombre de problèmes d'ordre méthodologique. Ce sont, entre autres, les problèmes suivants:

- **La mortalité maternelle est difficile à mesurer, et il ne faudrait pas utiliser les estimations des décès maternels pour le suivi.**

Les estimations de la mortalité maternelle peuvent être utiles à des fins de plaidoyer, parce qu'elles fournissent une mesure directe de l'avancement visant à diminuer la mortalité maternelle. Mais un certain nombre de faiblesses méthodologiques est inhérent à cette mesure, rendant son usage limité au niveau du suivi ; ces estimations sont coûteuses et elles n'offrent pas d'explications quant aux causes des décès maternels. De plus, elles ne permettent pas de déceler les changements se produisant dans le court terme (Graham, 2001).

Peu de pays en voie de développement disposent d'un système de registres suffisamment développé pour leur permettre de parvenir à des estimations justes de la mortalité maternelle au niveau national. Les approches alternatives développées pour obtenir ces estimations, telles que les enquêtes et la méthode dite des soeurs, présentent aussi des limites. En effet, les estimations obtenues sont assez imprécises et se rapportent à plusieurs années avant l'enquête. Même dans les pays où le niveau de la mortalité maternelle est élevé, les décès maternels constituent des événements rares ; les enquêtes finissent donc par être coûteuses, parce qu'il faut un échantillon important pour obtenir des données statistiquement fiables. Les intervalles de confiance relatifs à l'estimation rendent aussi très difficile, voire impossible, de vérifier si des changements se sont produits dans le temps. Pour les raisons mentionnées ci-dessus, et si elles sont nécessaires, il ne faudrait mesurer les estimations de la mortalité maternelle que de temps en temps (par ex., une fois chaque 10 ans). Des indicateurs de programme mesurant la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins sont recommandés pour répondre aux besoins du suivi (AbouZahr, 1999).

- **La morbidité maternelle est difficile à définir, à interpréter et à mesurer.**

La morbidité maternelle est beaucoup plus répandue que la mortalité maternelle ; la prévalence de la morbidité maternelle fournit donc le résultat à mesurer que l'on préférera. De plus, on en sait assez peu sur fardeau que constitue la morbidité reliée au système génésique, et davantage d'efforts seront nécessaires pour explorer les dimensions et déterminants du problème, ainsi que pour évaluer l'efficacité des interventions (FNUAP et al., 1997).

Il n'y a pas de lien simple entre morbidité et mortalité. C'est une prévention secondaire que les interventions visant à la maternité sans risque offrent. C'est-à-dire qu'elles empêchent les décès résultant de complications plutôt que de prévenir ces complications elles-mêmes. De plus, contrairement aux décès, qui constituent un effet très défini, les mesures de la morbidité sont difficiles à cerner et donc à mesurer. Il arrive que même des personnes avec une formation médicale fassent des erreurs dans l'identification de complications ; dans ces conditions, il est donc difficile de parvenir à des mesures permettant une vraie comparaison (Fortney et Smith, 1999).

- **C'est pour deux individus que les effets doivent être mesurés : la mère et l'enfant.**

Les programmes pour une maternité sans risque doivent prendre en compte les effets sur deux individus, à savoir, la mère et l'enfant. Dans la plupart des cas, si une intervention est bénéfique (ou non) pour la mère, elle le sera aussi pour l'enfant, et vice versa. Il est important de noter quelques exceptions. Par exemple, il arrivera qu'une césarienne faite en cas de détresse du fœtus soit cruciale pour s'assurer un bon résultat au niveau du nouveau-né, mais qu'elle ait un effet plus néfaste sur la santé de la mère qu'aurait eu un accouchement normal.

- **La prestation de soins obstétricaux appropriés est un processus complexe ; il faut plusieurs indicateurs pour en assurer le suivi.**

Contrairement à la plupart des domaines de la santé publique, la prestation de soins obstétricaux adéquats est un processus complexe, impliquant un grand nombre de services de prévention, de prise en charge, d'urgence, ainsi que différents niveaux recours (la communauté, les centres de santé et autres). Lorsqu'une urgence se présente, une suite complexe d'événements se met en place pour faire en sorte que la femme reçoive les soins appropriés. Premièrement, il faut que la famille reconnaisse le problème et qu'elle soit en mesure

d'atteindre les services adéquats. Deuxièmement, il faut que l'équipement, les fournitures et les médicaments soient disponibles dans l'établissement pour permettre au prestataire de soins d'effectuer un diagnostic correct et d'apporter le traitement adéquat dans les délais nécessaires. Si le traitement définitif ne peut être apporté au premier niveau de recours, il faut qu'une forme de transport devienne disponible rapidement pour emmener la femme vers un niveau de recours plus élevé en mesure de lui apporter les soins nécessaires. Si des problèmes surgissent durant l'une de ces étapes, il se pourrait que la femme reçoive des soins en dessous de la norme, et ceci pourrait avoir un effet crucial sur ce qui peut se passer. Du point de vue du programme, il faut utiliser plusieurs indicateurs afin de déterminer si c'est du côté de la « demande » ou de « l'offre » que le problème se situe. De là, on peut voir sur quels facteurs les interventions devraient porter : la mobilisation communautaire, le changement des comportements, le niveau de performance du système de santé ou un ensemble de ces facteurs.

- **Il est difficile de juger si un effet peut être attribué aux interventions d'un programme donné, puisque la plupart des interventions consistent en un « paquet » de services.**

Il est difficile de démontrer qu'un changement est le résultat d'un programme de maternité sans risque, étant donné que c'est un « paquet » de soins que les programmes fournissent généralement aux communautés plutôt qu'une intervention unique. De tels programmes ne se prêtent donc pas facilement aux deux types de recherche expérimentale les plus utilisés : un essai randomisé ou un essai randomisé par grappes au niveau d'une communauté. Plusieurs programmes choisissent des recherches de type « avant-après » pour leurs besoins en matière d'évaluation — ces recherches pouvant montrer l'existence d'une « association plausible » — mais elles ne permettent pas de déterminer un lien de causalité (FNUAP et al., 1997).

Sélection des indicateurs

Les indicateurs de cette section du *Compendium* sont prévus surtout pour une utilisation à l'échelle nationale ou dans le contexte de programmes à grande échelle. Plusieurs, cependant, pourront être utilisés dans un contexte beaucoup plus large de suivi et d'évaluation. Ces indicateurs ont été sélectionnés par un petit groupe d'experts qui travaillent actuellement dans le domaine du suivi et de l'évaluation de projets de santé maternelle

et néonatale en consultation avec d'autres spécialistes de la santé maternelle. Les critères de sélection pour ces indicateurs ont été les suivants:

- Qu'ils soient largement utilisés par des organisations internationales ou des ministères de la santé ;
- Qu'ils soient fortement liés aux effets sur la santé et la mortalité ; et
- Qu'ils soient en mesure de permettre des comparaisons valables à l'échelle nationale et internationale.

Les indicateurs présentés dans cette section ne sont pas tous de force égale et ne fournissent pas tous des informations de qualité égale. Certains indicateurs (par exemple, **le pourcentage de femmes enceintes fréquentant des dispensaires de soins prénatals soumises au dépistage de la syphilis**) ont été inclus à cause de l'importance possible des informations obtenues, même s'il est peu faisable de rassembler des informations valables à l'échelle nationale. Nous avons inclus au moins un indicateur pour chaque élément du cadre conceptuel sur la maternité sans risque que nous avons proposé (voir la Figure III.D.1), et il s'est avéré que sous certaines rubriques il n'existe pas d'indicateurs pouvant être qualifiés comme « forts ». De plus, nous avons inclus des indicateurs au niveau des programmes, parce que leur utilisation est maintenant assez répandue et ils permettent d'obtenir des informations utiles au moment de la planification au niveau local et de la prise de décision. Il est clair cependant que plusieurs de ces indicateurs ne sont pas conçus pour être utilisés au niveau national.

Les indicateurs de cette section se situent dans le contexte d'une définition plutôt limitée de la maternité sans risque ; même s'il est évident que des facteurs connexes tels que le VIH/SIDA, les IST ou l'état nutritionnel ont un impact puissant sur la santé des mères et des nouveau-nés, ces indicateurs ne s'y rapportent pas. La priorité a été accordée aux indicateurs qui sont utilisés actuellement pour le suivi des programmes de maternité sans risque et qui se rattachent le plus aux effets des programmes sur la santé des mères. Tout en reconnaissant les liens étroits entre la maternité sans risque et les autres domaines de la santé de la reproduction, nous avons placé les indicateurs dans d'autres sections ; on les retrouvera dans leurs sections respectives.

Dans l'idéal, les personnes œuvrant dans le domaine de la maternité sans risque parviendront à un consensus concernant le choix des indicateurs à utiliser pour le suivi à l'échelle nationale des programmes de maternité sans risque, tout comme cela s'est passé pour le suivi des programmes SIDA nationaux (ONUSIDA, 2000). Les indicateurs de cette section constituent un pas vers un tel consensus. Toutefois, il faut que les programmes élaborent leurs propres ensembles d'indicateurs, en fonction de leurs objectifs et des interventions conçues pour l'atteinte de ces objectifs.

EXISTENCE D'UN PLAN STRATÉGIQUE OU OPÉRATIONNEL VISANT À PROMOUVOIR L'ACCÈS À ET/OU LA QUALITÉ DES SERVICES DE MATERNITÉ SANS RISQUE

Définition

Déterminer dans quelle mesure il existe un soutien explicite à l'accès aux et/ou à la qualité des programmes de maternité sans risque, manifesté par les gouvernements et d'autres entités, telles que les organisations de prestation de services.

La plupart des pays en voie de développement, mais pas tous, ont maintenant en place des lois, des politiques ou une stratégie en matière de PF/SR sous une forme ou une autre. Les politiques et les plans pour une maternité sans risque peuvent être soit partie intégrante soit distinctes des politiques ou plans stratégiques en matière de SR de plus grande envergure.

Les données nécessaires

Cet indicateur de type qualitatif est basé sur l'existence d'un plan pour une maternité sans risque. Les évaluateurs assignent une valeur « oui » dans les cas où un plan stratégique ou de mise en œuvre est en place. Il arrive parfois que les stratégies pour une maternité sans risque soient incorporées aux plans de mise en œuvre pour la santé de la reproduction ou la santé maternelle et infantile ; le cas échéant, il faudrait évaluer ces plans, afin de déterminer si les objectifs et les stratégies qui y correspondent accordent suffisamment d'attention à la maternité sans risque.

Il faut des preuves de l'existence d'un plan approuvé pour la maternité sans risque, avec en évidence l'approbation (ou la requête en vue d'une approbation). De plus, la documentation d'appui devrait inclure le plan lui-même, où et par qui il a été émis ou publié, et de quelle manière le plan facilite l'accès aux et/ou améliore la qualité des services pour une maternité sans risque.

Source(s) de données

Des documents émis par une organisation gouvernementale chargée de la coordination des questions relatives à la maternité sans risque ou à la santé de la reproduction. Une analyse du contenu du

texte du plan devrait permettre de déterminer si celui-ci (1) définit les objectifs du programme pour une maternité sans risque du pays en question ; (2) définit une stratégie claire pour atteindre ces objectifs ; (3) met en place une structure organisationnelle pour le programme en accord avec la stratégie et recouvrant tant le secteur public que le secteur privé, y compris des groupes de femmes ; et (4) fournit une estimation et une projection des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie, tout en précisant de quelle manière ces ressources seront obtenues.

But et questions

Cet indicateur permet de voir dans quelle mesure un gouvernement et d'autres entités (y compris les organisations de prestation de services) apportent leur soutien explicite aux programmes de maternité sans risque du point de vue de l'accès et/ou de la qualité des services. Il nous dit si une politique se retrouve effectivement traduite au niveau d'un plan stratégique ou de mise en œuvre. Son but est d'évaluer dans quelle mesure un programme pour une maternité ou une grossesse sans risque a établi une vision claire de sa mission et de ses objectifs, ainsi que des stratégies visant à les atteindre. La planification stratégique à l'échelle nationale exige la participation de divers ministères ou d'unités du gouvernement, tels que les ministères de la santé, de la finance, de la planification, de l'information, de l'éducation, de l'intérieur, ainsi que des groupes privés importants (ONG et entités commerciales), des groupes de femmes, et des organisations religieuses et de citoyens.

INDICE DES COMPOSANTES DU PROGRAMME MATERNEL ET NÉONATAL

Définition

Cet indicateur est un indice allant de 0 à 100, évaluant la force du programme national de santé maternelle et néonatale d'un pays donné au niveau de cinq domaines principaux : les fonctions de soutien, la capacité des services, l'accès, les soins obtenus, et la planification familiale. Ces cinq domaines recouvrent 13 composantes :

- Capacité des centres de santé ;
- Capacité des hôpitaux de district ;
- Pourcentage de femmes ayant accès aux services ;
- Soins lors des visites prénatales ;
- Soins obstétricaux ;
- Soins du nouveau-né ;
- Services de planification familiale dans les centres de santé ;
- Services de planification familiale dans les hôpitaux de district ;
- Politiques relatives à la maternité sans risque ;
- Les ressources ;
- Information, éducation ;
- Formation ; et
- Suivi et évaluation.

Au niveau de chaque composante, le chercheur fait la moyenne des éléments pour en produire une note ou un classement par composante, avant de convertir ces classements sur une échelle allant de 0 à 100. Cet indice produit aussi une note ou un classement total. C'est tout simplement la moyenne des classements obtenus pour chacune des 13 composantes, accordant le même poids à chacune. (Bulatao et Ross, 2000).

Données nécessaires

Les réponses venant d'informateurs clés (experts travaillant pour les ministères de la santé, pour des facultés de médecine et des universités, des organisations non gouvernementales et communautaires, ainsi que pour des bailleurs de fonds) à un questionnaire détaillé composé de 81 éléments. En plus d'évaluer le niveau

d'adéquation actuel d'un programme, les experts évaluent chacun des éléments du questionnaire trois ans avant la réalisation de l'enquête.

Source(s) de données

Le questionnaire de l'Indice des composantes du programme maternel et néonatal (*Maternal Neonatal Program Index – MNPI* en anglais) rempli par 10 à 25 individus dans chaque pays.

But et questions

Avec l'indice MNPI, le fait d'évaluer la force d'un programme national de santé maternelle et néonatale et d'en mesurer les changements dans le temps. Plus précisément, le MNPI vise à apporter une mesure de l'effort fourni dans le but de diminuer la mortalité et la morbidité maternelles/néonatales dans un pays donné. L'indice a été conçu pour n'évaluer que les intrants (*inputs*), le processus et les sorties (*outputs*) du programme se rapportant à l'aspect de « l'offre » ou du programme du cadre conceptuel (Ross, Campbell et Bulatao, 1999). L'indice MNPI fournit aussi une mesure permettant d'établir des comparaisons entre pays ou entre régions. Il n'est pas conçu pour donner une mesure unique de la qualité des soins de santé maternelle. Il fournit plutôt plusieurs mesures, lesquelles considérées ensemble, définissent une norme générale qu'il faudrait que les programmes atteignent (Bulatao et Ross, 2000).

Cet instrument s'appuie sur les avis des experts, dans le même esprit qu'une approche utilisée dans les domaines de la planification familiale et du VIH/SIDA. (Voir **l'Indice de l'effort du programme de planification familiale** et **l'Indice d'effort du programme SIDA (IEPS)**, des parties III.B et III.C, respectivement). Les normes sont en fin de compte très subjectives, fondées sur les connaissances et l'expertise des évaluateurs, lesquels varient selon les pays. Le protocole de collecte des données encourage l'emploi d'évaluateurs de formations différentes (au moins 10 par pays), mais il est difficile de valider les classements qu'ils donnent (Ross, Campbell et Bulatao, 1999).

Un autre point faible vient de la difficulté à établir une corrélation étroite entre l'indice et une diminution de la mortalité maternelle. Cela provient en grande partie de la difficulté à déterminer avec précision les niveaux de mortalité maternelle (Bulatao et Ross, 2001).

NOMBRES D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR 500 000 HABITANTS OFFRANT DES SOINS OBSTÉTRICAUX ESSENTIELS³

Définition

Le nombre d'établissements de santé offrant des soins obstétricaux essentiels ou d'urgence, pour 500 000 habitants.

Les fonctions obstétricales essentielles comprennent les éléments suivants :

- L'administration d'antibiotiques par voie parentérale ;
- L'administration d'ocytociques par voie parentérale ;
- L'administration de sédatifs par voie parentérale en cas d'éclampsie ;
- L'évacuation manuelle du placenta ;
- L'évacuation des résidus utéro-placentaires (par ex., par aspiration)
- Assistance aux accouchements normaux (par ex., par aspiration ou avec des forceps) ;
- La chirurgie (par ex., accouchement par césarienne) et ;
- La transfusion sanguine.

Les établissements sont répartis selon qu'ils fournissent des soins obstétricaux essentiels (SOE) « de base » ou « complets ». Si l'établissement a rempli chacune des six premières fonctions *au cours des trois derniers mois*, on considère qu'il fournit des services de SOE de base. Si l'ensemble des huit fonctions a été fourni, il s'agit d'un établissement avec des SOE complets.

Les données nécessaires

Décompte du nombre d'établissements répondants aux critères pour être classés comme offrant des services de SOE « de base » et « complets ».

Source(s) de données

Enquêtes auprès des établissements avec examen des dossiers médicaux ou des statistiques de service. Dans l'idéal, les dossiers devraient inclure les fonctions obstétricales essentielles. Des entrevues individuelles auprès de membres du personnel ayant des connaissances en obstétrique et ayant à leur charge des patientes dans ce domaine pourraient être deuxième source d'informations. C'est cependant une source d'informations potentiellement plus biaisées que ne pourrait l'être les dossiers écrits.

But et questions

Cet indicateur souligne l'existence de soins obstétricaux permettant de sauver des vies. Si une distinction est faite entre des soins « élémentaires » et des soins « complets », c'est pour accentuer le fait que la vie des mères peut être sauvée non seulement dans les hôpitaux offrant tous les services mentionnés ci-dessus, mais aussi dans les centres de santé ou les hôpitaux plus petits qui n'offrent pas tous ces services.

La brièveté de la liste est intentionnelle, le but étant de faciliter l'évaluation et le suivi ; elle ne constitue pas du tout la liste complète des services qu'un établissement de services de SOE, qu'ils soient de base ou complets, devrait être en mesure de fournir. Nous avons omis d'inclure un certain nombre de services très importants. Par exemple, nous n'avons pas inclus l'utilisation de l'anesthésie, une pratique nécessaire dans le domaine de la chirurgie obstétrique.

Pour que les services d'un établissement soient considérés comme étant de qualité, il faut que l'établissement dispose d'une banque de sang sûre et ne posant aucun danger, avec des tests universellement reconnus et des réserves de sang. Dans l'idéal, les fonctions seront disponibles 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, au moins en ce qui concerne les établissements de SOE complets.

³ Une grande partie du texte pour cet indicateur provient de Maine, McCarthy et Ward, 1992 et d'UNICEF, OMS, et FNUAP, 1997.

Quoiqu'il paraisse logique, le lien de causalité pouvant exister entre les décès maternels et cet indicateur n'a pas encore été démontré. Il est clair que des services SOE doivent être en place pour sauver la vie de beaucoup de femmes.

Cet indicateur est assez facile à élaborer. Il est assez facile de produire cet indicateur, mais il est important qu'il fournisse une image de la manière que les établissements fonctionnent vraiment, et non la manière qu'ils devraient fonctionner. Par exemple, il arrivera que des prestataires de services manquent de confiance dans leurs compétences et orientent des patientes vers un niveau de recours plus élevé, même s'ils possèdent un équipement suffisant pour les prendre en charge.

De façon générale, les évaluations à l'échelle des établissements recouvrent tous ceux qui se trouvent dans une région donnée. Les établissements privés seront peut-être moins enclins à y participer que les établissements publics. Aussi, il sera possible d'avoir des échantillons pouvant être généralisés à l'échelle nationale, tels que l'évaluation de prestation de services (EPS), mais ils n'incluront pas toujours toutes les fonctions indiquées plus haut (MEASURE DHS+, 2000).

Cet indicateur devrait pouvoir réagir aux éventuels changements en un temps assez court (par ex., 6 à 12 mois).

En général, cet indicateur s'applique à l'échelle d'une grande région ou d'un pays. Les recommandations de l'UNICEF, l'OMS et du FNUAP sont (en tant que niveau minimum acceptable pour 500 000 habitants) d'un établissement ou plus offrant des services de SOE complets, et de quatre établissements ou plus offrant des SOE élémentaires. Si certaines régions ne parviennent pas à ce niveau d'ensemble minimum, il est possible de moderniser les établissements en place et/ou d'en construire de nouveaux. Si le niveau minimum est atteint, il faudrait étudier la distribution géographique des établissements avec une attention particulière apportée aux plus petites divisions de la population. En effet, des mesures de synthèse à l'échelle nationale cachent parfois des disparités importantes entre les régions. Il est donc recommandé de procéder à une décomposition d'ordre géographique (zones urbaines/rurales) et administratif (public/privé) (Bertrand et Tsui, 1995).

L'utilisation de cet indicateur dans un grand nombre de pays très différents a permis d'attirer notre attention sur au moins trois difficultés liées à sa mise en application.

Premièrement, là où la géographie du terrain est difficile et rend le transport précaire (comme dans les montagnes du Népal ou du Bhoutan), il faudra peut-être ajuster le rapport du nombre d'établissements à la population pour l'utilisation locale. Deuxièmement, la période de référence pour évaluer dans quelle mesure une fonction ou une procédure a été appliquée est généralement de trois mois, mais lorsque le volume des patientes est faible, il se pourra qu'une ou plus de ces fonctions ne soient pas accomplies, simplement parce que l'occasion ne s'est pas présentée et non par manque d'infrastructure ou de compétences du prestataire. Finalement, une troisième situation se rattache à la pratique médicale normative ne parvenant pas à inclure l'une des procédures, par exemple, l'accouchement normal nécessitant de l'assistance. Dans certains pays, l'extraction par aspiration et l'accouchement au forceps ne sont plus enseignés aux étudiants en médecine ou aux sages-femmes ; seuls quelques prestataires plus âgés possèdent l'expérience nécessaire permettant de mener à bien ces procédures.

Pour faire face à ces problèmes, on pourra considérer plusieurs manières d'élaborer cet indicateur. Cependant, afin de pouvoir effectuer des comparaisons entre établissements dans l'espace et dans le temps, nous recommandons de conserver les définitions opérationnelles originales de ces rapports. Les évaluateurs devraient expliquer clairement les méthodes alternatives de calcul utilisées et présenter le rapport ajusté de population-établissements ; la durée de la nouvelle période de référence (si elle a été prolongée) ; la manière dont une catégorie de SOE élémentaires « potentiels » a été mise en place (dans le cas où une procédure est habituellement réalisée mais n'a pas été effectuée au cours de la période d'étude) ; ou de quelle manière les critères par pays ont été définis (si le critère n'inclut pas une fonction particulière).

Les évaluateurs pourront aussi calculer le « nombre d'établissements de services de SOE » pour des zones géographiques plus petites, afin de montrer la distribution de tels établissements à un échelon régional plutôt qu'à l'échelle nationale.

POURCENTAGE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ MENANT DES ANALYSES/AUDITS DES CAS DE DÉCÈS MATERNELS ET DES CAS TRÈS CRITIQUES

Définition

Le nombre d'établissements menant des analyses et audits des cas de décès maternels et des cas très critiques.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'établissements menant des analyses et audits des cas de décès maternels et des cas très critiques}}{\text{Nombre d'établissements du niveau approprié*}} \times 100$$

* Il arrivera que certains établissements ne soient pas d'envergure suffisante pour mener leurs propres audits, mais qu'ils participent à des procédures mises en place.

L'analyse de cas se rapporte à une étude détaillée de la prise en charge d'une patiente particulière ou « cas clinique ».

Par audit, on entend l'analyse systématique et critique de la qualité des soins. L'audit se distingue de l'analyse de cas en ce qu'il considère le processus de prise en charge dans son ensemble ainsi que la conformité à un ensemble de critères de soins dans le cadre d'un cycle continu d'amélioration de la qualité (Graham et al., 2000). Les différents types d'audit sont les suivants :

- Les audits des cas de décès maternels : des études détaillées des événements menant au décès de la mère. L'audit peut inclure l'étude de dossiers et des rapports remis par des membres du personnel ou des entrevues auprès d'eux ainsi qu'auprès des membres de la famille ou de la communauté ;
- Les audits reposant sur les critères : ils évaluent la qualité de la prise en charge clinique et des complications obstétricales en comparaison avec les normes en place définissant les meilleures pratiques ;

- Les audits des cas critiques sont réalisés après que se soit produit un événement mettant en péril la vie d'une mère où l'on considère qu'elle a failli mourir. Pour la définition de ce que l'on entend par « cas critique », il faut des critères clairement établis (Koblinsky et al., 2000).

Les données nécessaires

Le nombre d'établissements réalisant des audits ou participant à la réalisation d'audits des cas de décès maternels et des cas très critiques ; le nombre d'établissements situés dans une zone géographique particulière.

Source(s) de données

Enquêtes au niveau des formations sanitaires ; dossiers de l'équipe sanitaire du district.

But et questions

L'audit fait partie des nombreux mécanismes mis en place pour l'amélioration de la prestation du personnel sanitaire dans des pays développés ; des études réalisées récemment montrent que c'est également le cas dans les pays en voie de développement.

Les preuves de l'efficacité de l'audit clinique sont variables, et ce, à cause des différences entre les types d'intervention étudiés. (*NHS Centre for Reviews and Dissemination*, 1999).

Les données pour cet indicateur pourront être rassemblées dans le cadre d'une enquête au niveau de des formations sanitaires (MEASURE DHS+, 2001), même s'il faudra, dans la plupart des cas, que les programmes mettent en place leur propre système de suivi pour évaluer le niveau de couverture et la qualité des pratiques d'audit mêmes.

Cet indicateur ne fait que fournir une mesure de la proportion des établissements menant une analyse ou un audit de cas, sans donner une mesure de la qualité ou de l'impact du processus d'analyse. Alors que

l'analyse de cas fait partie des activités de routine dans de nombreux établissements, l'audit même n'en fait pas partie. C'est pourquoi les programmes voudront peut-être rassembler des informations complémentaires sur la qualité et l'efficacité du processus.

Dans la plupart des cas, les plus petits établissements trouveront qu'il n'est pas pratique pour eux de réaliser leurs propres audits ou analyses de cas. Les représentants du personnel de ces établissements devraient cependant participer aux cycles d'audit au niveau de plus grands établissements ou au niveau districtaire.

POURCENTAGE DE FEMMES ENCEINTES FRÉQUENTANT DES DISPENSAIRES DE SOINS PRÉNATAUX SOUMISES AU DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS

Définition

Le pourcentage de femmes enceintes se présentant aux consultations prénatales qui ont été soumises au dépistage de la syphilis.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes enceintes fréquentant les dispensaires de soins prénataux qui ont été soumises au dépistage de la syphilis}}{\text{Nombre de femmes enceintes fréquentant les dispensaires de soins prénataux}} \times 100$$

Le calcul de cet indicateur se fait généralement à partir de données venant des femmes se présentant à leur première consultation prénatale, mais les données peuvent aussi être collectées après l'accouchement.

Les tests de syphilis les plus utilisés sont le test RPR (recherche rapide de la réagine plasmatique) et les tests sanguins du Laboratoire de référence sur les maladies vénériennes (tests VDRL), entre autres.

Les données nécessaires

Le nombre de femmes fréquentant les dispensaires de soins prénataux au cours d'une période de référence donnée (par ex., un an) qui ont été soumises au dépistage de la syphilis ; le nombre de femmes fréquentant ces mêmes consultations prénatales au cours de la même période de référence.

Source(s) de données

Les dossiers des cliniques (données recueillies lors de la première consultation) ou les dossiers prénataux individuels (dossiers/fiches de CP individuels(les) remplis(es) après les naissances ou immédiatement post-partum).

Les entretiens à la sortie au niveau du centre de santé ainsi que les données issues de l'observation des prestataires sont utiles à des fins d'évaluation, mais pas pour le suivi régulier.

But et questions

Le but de cet indicateur est d'estimer la proportion de clientes des consultations prénatales soumises au dépistage de la syphilis. Étant donné que toutes les femmes se présentant aux CP devraient l'être au moins une fois au cours de leur grossesse, l'indicateur peut aussi être utilisé comme mesure indirecte de la qualité des soins prénataux (FNUAP, 1998a). De plus, lorsqu'il existe une norme exigeant clairement que toutes les femmes doivent être soumises au test de dépistage au moins une fois au cours de la grossesse, on pourra aussi utiliser l'indicateur comme point de référence pour l'audit de la performance d'un prestataire (ou d'un système) pour évaluer si elle est conforme aux politiques locales en matière de dépistage.

L'infection par la syphilis est l'une des causes les plus importantes de la morbidité maternelle et périnatale dans le monde en voie de développement. Dans de nombreux pays d'Afrique, la prévalence rapportée de la syphilis parmi les femmes enceintes pour des sites de surveillance sentinelle se situe entre 10 et 15 pour cent, et plus de la moitié de ces grossesses connaissent un dénouement négatif, telles qu'un avortement, un mort-né, une naissance prématurée ou une infection congénitale (OMS, 1991b). Parce qu'il est possible d'empêcher ces effets de la syphilis de se produire et parce que le dépistage et les soins pendant la grossesse sont d'un rapport coût efficacité élevé, le dépistage généralisé de la syphilis pour les femmes enceintes a été adopté par de nombreux pays en tant que politique nationale (Gloyd, Chai et Mercer, 2001).

Les programmes de dépistage en eux-mêmes n'aident en rien à diminuer les problèmes liés à la syphilis. Il faut les rattacher aux efforts mis en place pour accroître la couverture des soins de consultation prénatale et à améliorer le suivi et les soins apportés aux femmes et à leurs partenaires dont le test de dépistage donne un résultat positif.

On pourra effectuer une collecte systématique des données nécessaires au calcul de cet indicateur dans les cas où les dossiers des dispensaires de soins prénatals incluent les résultats des tests de dépistage pour la syphilis complétés. Le plus souvent, cependant, les informations sont rassemblées dans le cadre d'enquêtes spéciales étudiant les fiches de consultation prénatale des femmes ayant récemment accouché. On pourra réaliser ces enquêtes dans les formations sanitaires ou à l'échelle communautaire, si les femmes conservent leurs fiches de consultation prénatale.

Les entretiens effectués à la sortie des centres de santé et les données issues de l'observation des prestataires (MEASURE DHS+, 2001 ; OMS, 1998a) pourront fournir une mesure de base à des fins d'évaluation. Leur usage est cependant limité, parce qu'on effectue une évaluation en incluant des femmes qui n'ont pas encore reçu les soins prénatals au complet et qui en théorie pourraient encore être soumises au test (MEASURE DHS+, 2001 ; OMS, 1998a).

Le pourcentage de femmes ayant été soumises au test de dépistage de la syphilis devrait réagir rapidement aux changements au niveau des pratiques des prestataires, et ce, particulièrement si l'indicateur est utilisé dans le cadre d'un audit local de la qualité des soins prodigués dans un établissement.

C'est une mesure à l'échelle d'un établissement qui ne représente pas la population dans son ensemble, tout particulièrement là où les consultations prénatales sont peu répandues. Qui plus est, dans les cas où l'indicateur est obtenu à partir d'une analyse des dossiers, la validité des conclusions varie en fonction de la qualité et de l'exhaustivité des données. Un enregistrement incomplet des données peut être une indication supplémentaire de services de mauvaise qualité.

Le dépistage adéquat de la syphilis ne signifie pas non plus le traitement adéquat de la syphilis. En effet, des études montrent que malgré un dépistage efficace, une prise en charge inadéquate peut constituer une cause importante de décès périnataux qui auraient pu être prévenus. Dans les régions à forte prévalence, le dépistage de la syphilis a beau être universel, la plupart des femmes ne sont pas soumises au test (Gloyd, Chai et Mercer, 2001).

POURCENTAGE DE FEMMES PRÉSENTANT DES COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES PRISES EN CHARGE DANS UN DÉLAI DE DEUX HEURES APRÈS LEUR ARRIVÉE À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Définition

Le pourcentage de femmes souffrant de complications obstétricales qui reçoivent des soins dans un délai de deux heures après leur arrivée à l'établissement de santé au cours d'une période de référence donnée.

Les complications obstétricales sont, entre autres :

- L'hémorragie de l'ante-partum, de l'intra-partum ou du post-partum ;
- Le travail prolongé ou obstrué (dystocique) ;
- La septicité post-partum ;
- Complications liées à l'avortement ;
- Pré-éclampsie/éclampsie ;
- La grossesse extra-utérine ; et
- La rupture de l'utérus.

Le traitement auquel on a recours dépend du type de complication et des protocoles locaux pour la prise en charge.

$$\frac{\text{Nombre de femmes présentant des complications obstétricales qui sont prises en charge dans un délai de deux heures après leur admission à l'établissement de santé}}{\text{Nombre de femmes admises présentant des complications obstétricales}} \times 100$$

Les données nécessaires

Pour le numérateur : la date et l'heure de l'admission, la date et l'heure de la prise en charge ou de l'accouchement ; le nombre total de femmes admises au service présentant des complications et leur diagnostic au moment de l'admission ; et des informations concernant la durée et la nature du traitement prodigué.

Pour le dénominateur : le nombre de femmes admises à un établissement de santé présentant des complications obstétricales.

Source(s) de données

Tous les dossiers tenus contenant les informations fournies par les femmes au moment de l'admission à l'établissement (par ex., des dossiers des salles de travail, des dossiers des salles pour les soins prénatals, les urgences ou les soins du post-partum) ; des dossiers où sont notés les traitements définitifs prodigués (par ex., les dossiers de la salle d'opérations, les dossiers enregistrant les complications spécifiques) ; des dossiers de cas.

But et questions

Avec cet indicateur, le but est de fournir une mesure de la qualité des services de soins de santé maternelle, étant donné que les décès maternels sont directement liés à l'efficacité et au caractère à propos de la prise en charge des complications nécessitant des soins d'urgence (Koblinsky, et al., 1995).

Au niveau des établissements sanitaires, cet indicateur se prête le plus à ceux qui souhaitent réaliser un audit de leur propre pratique. En revanche, il convient moins à des comparaisons entre établissements. En effet, les services offerts et le mélange des caractéristiques des cas qui se présentent peuvent varier, ainsi que les définitions utilisées pour l'indicateur.

Les informations nécessaires à l'élaboration de cet indicateur devraient être disponibles directement à partir des dossiers des établissements, et des analyses de cas. Si certaines informations manquent, cela peut signifier une déficience au niveau des soins ou de la gestion. Un autre élément crucial affectant la faisabilité de cet indicateur est la définition standard du délai entre l'admission et la prise en charge s'appliquant à chaque type de complication obstétricale. Par exemple, qu'entend-on par heure d'admission? S'agit-il du moment d'arrivée à l'hôpital, du moment de l'entretien avec le (ou la) préposé(e) aux admissions, ou d'un autre moment? Quand commence la prise en

charge pour une hémorragie ? Est-ce au moment de l'insertion d'une perfusion intraveineuse, au moment où commence la transfusion sanguine, au moment où un médicament ocytocique est donné, ou bien au moment où l'hémorragie s'arrête ?

Cet indicateur devrait réagir rapidement aux changements au niveau des pratiques utilisées par le personnel ou la gestion de l'établissement. Une réponse rapide précoce pourra être due tout simplement à l'effet Hawthorne (c.-à-d., à un semblant d'amélioration simplement dû au fait qu'il y a observation), sans pour autant être une amélioration soutenue. Afin de maintenir l'amélioration, il faut que les programmes effectuent un audit de délai entre l'admission et la prise en charge de façon systématique. Mieux encore, il faudrait incorporer l'analyse de ce délai aux pratiques de gestion régulières (par ex., considérées régulièrement lors des analyses de cas). (Voir l'indicateur du **Pourcentage d'établissements de santé menant des analyses/audits des cas de décès maternels et des cas très critiques**).

Ce type d'indicateur comporte plusieurs ambiguïtés et déficiences, décrites ci-dessous :

- Le fait de noter le moment même de l'admission pourra être sérieusement retardé si l'établissement ne dispose pas d'un système de triage et s'il faut que les femmes attendent longtemps une fois arrivées au centre.
- Le délai entre l'admission et la prise en charge devrait être analysé pour toutes les femmes présentant des complications obstétricales. Si les dossiers d'admission sont utilisés comme cadre d'échantillonnage pour identifier des femmes présentant des complications, les dossiers excluront toutes les femmes qui en présentaient une, mais dont le diagnostic n'a pas été établi correctement au moment de l'admission.
- La gravité de la complication et le besoin qui s'ensuit d'une prise en charge rapide pourront être difficiles à estimer de façon rétrospective pour tous les cas (une raison supplémentaire pour que chaque établissement mette en place des normes réalistes).
- Cet indicateur ne permet pas de saisir le moment opportun pour la prise en charge des femmes chez qui se développent des complications pendant leur séjour à l'hôpital.
- Les femmes qui arrivent à l'hôpital, mais

ne sont pas admises, pour diverses raisons (par ex., elles n'ont pas les moyens de payer les services) ne seront pas comptées, ni au numérateur, ni au dénominateur. Ce fait pourrait devenir une source importante de biais si les patientes plus pauvres ont un taux disproportionnellement élevé de complication.

- Cet indicateur ne permet pas de voir dans quelle mesure le type de traitement prodigué est adéquat.

À cause de ces limitations, le meilleur moyen pour les évaluateurs de mesurer le délai entre l'admission et la prise en charge sera en corrélation avec d'autres indicateurs ou d'autres approches fournissant une mesure des aspects complémentaires de la qualité des soins, par exemple dans le cadre d'évaluations de la prise en charge ou d'audits de cas très critiques.

PROPORTION DE CÉSARIENNES PAR RAPPORT À LA TOTALITÉ DES ACCOUCHEMENTS

Définition

La proportion de femmes enceintes accouchant par césarienne, dans une zone géographique donnée et au cours d'une période de référence donnée.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'accouchements par césarienne pratiqués}}{\text{Nombre de naissances vivantes}} \times 100$$

Les données nécessaires

Le nombre d'accouchements par césarienne pratiqués au niveau d'une population donnée au cours d'une période de référence donnée ; le nombre total de naissances vivantes au cours de la même période référence.

Source(s) de données

Pour le numérateur : les dossiers cliniques pour obtenir les données d'une région géographique particulière sur le nombre d'accouchements par césarienne pratiqués ; des estimations du nombre de naissances dans cette région ; et les enquêtes auprès de la population, uniquement pour les accouchements par césarienne auto-rapportées.

Pour le dénominateur : toutes les naissances vivantes survenues au cours de la période de référence. Là où les données concernant le nombre de naissances vivantes n'existent pas, on pourra parvenir à cette estimation par un calcul en utilisant les données de recensement sur la population totale et le taux brut de natalité pour une région donnée. *Le nombre total de naissances attendues = Population x Taux brut de natalité.*

Il arrive souvent que les enquêtes démographiques auprès des ménages forment une source d'estimations à l'échelle nationale et désagrégées de la proportion d'accouchements par césarienne.

But et questions

Cet indicateur permet de montrer dans quelle mesure un service obstétrical vital donné est effectué dans les établissements classés comme dispensant des SOE. Il reflète un aspect de l'accessibilité et l'utilisation des services, ainsi que du fonctionnement du système de services de santé. Utilisé à bon escient, l'accouchement par césarienne contribue à la diminution de la mortalité et de la morbidité maternelles, ainsi que de la mortalité et la morbidité périnatales. Il arrive que les accouchements par césarienne soient pratiqués uniquement dans le but de protéger la santé du fœtus ou du nouveau-né, mais dans les pays en voie de développement, ils sont effectués surtout pour la sauver la mère.

La plupart des grandes causes de décès et de morbidité maternels exigent que cette procédure soit effectuée afin de sauver la vie d'une femme ou de prévenir une morbidité grave.

De toutes les procédures mises en œuvre pour la prise en charge des plus importantes complications liées à la grossesse et à l'accouchement, la césarienne semble être la plus facile à étudier. En effet, la tenue des dossiers pour les accouchements par césarienne est plus fiable que pour d'autres procédures ou complications liées à la grossesse et à l'accouchement (MotherCare, 2000b ; UNICEF, OMS, FNUAP, 1997). Cependant, il est essentiel, dans le cadre de l'évaluation, d'inclure des informations concernant tous les établissements effectuant des césariennes dans la région sous étude dans le numérateur.

Les changements au niveau de la capacité du système sanitaire à pratiquer des accouchements par césarienne peuvent avoir un impact en l'espace de six à neuf mois.

Ensemble, l'UNICEF, l'OMS et le FNUAP, à partir de sources diverses, recommandent que les accouchements par césarienne représentent une proportion de 5 à 15 pour cent de tous les accouchements. Des taux de moins

de 5 pour cent pourraient signifier que les SOE ne sont pas suffisamment disponibles et/ou accessibles, alors que des taux de plus de 15 pour cent pourraient être le signe d'une sur-utilisation de cette procédure pour des raisons qui ne relèvent pas d'une urgence. Un usage excessif entraîne une exposition inutile des femmes à l'anesthésie et à la chirurgie ainsi qu'aux risques qui y sont associés. Qui plus est, cela épuise le peu de ressources disponibles pour les soins de santé. Il s'avère que les pays avec une proportion élevée d'accouchements par césarienne sont aussi des sociétés très procédurières, telles les États-unis, où 22 pour cent de tous les accouchements se font par césarienne (Lancet, 2000). Il y a toutefois le cas du Brésil, où les césariennes représentent au moins 36 pour cent des accouchements d'enfants vivants (BEMFAM et Macro International Inc., 1997).

La décomposition du taux permet d'évaluer l'accès à cette procédure. Il y existe souvent des inégalités entre les taux des zones urbaines et ceux des zones rurales, selon qu'il s'agit du secteur public ou privé, en fonction du système de paiement, ou selon les régions. On encourage donc les évaluateurs à calculer les estimations au niveau régional (Maine, McCarthy, et Ward, 1992).

Les taux bruts de natalité ne fournissent une estimation que des naissances vivantes, alors que dans certains cas, les césariennes sont effectuées pour des accouchements résultant en mort-nés. Si le nombre de césariennes effectuées dans ce cas est faible, on considèrera comme acceptable l'utilisation du nombre de naissances vivantes pour le dénominateur.

Un autre indicateur, la proportion d'accouchements en établissement effectués par césarienne, pourra varier en fonction des différents types de patientes. Il sera biaisé à cause des tendances à transférer vers ces niveaux de recours des femmes présentant des complications et ayant besoin de cette procédure. Il en deviendra impossible de préciser une proportion de pourcentages visés par un établissement.

C'est généralement suite à un ensemble d'événements complexes qu'une césarienne est pratiquée, pouvant inclure, entre autres des conditions médicales préexistantes et relatives à la grossesse, l'identification de complications, le transport vers l'établissement de santé et la disponibilité de la technologie nécessaire. Lorsqu'ils utilisent cet indicateur, les gestionnaires et évaluateurs voudront peut-être aussi se servir de techniques plus approfondies, comme les audits de cas, pour étudier les indicateurs utilisés pour les accouchements par césarienne et voir si ce service est accordé aux femmes qui en ont vraiment besoin. L'indicateur seul ne fournit aucune information montrant que la procédure est appropriée ou non.

TAUX DE LÉTALITÉ (DE MORTALITÉ CLINIQUE) — POUR TOUS LES TYPES DE COMPLICATION⁴

Définition

La proportion de femmes présentant des complications graves liées à l'accouchement et à la grossesse et qui décèdent, dans un établissement donné au cours d'une période de référence.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de décès dus à une complication particulière, dans un établissement donné}}{\text{Nombre de femmes présentant des complications obstétricales prises en charge par l'établissement en question}} \times 100$$

On inclura les décès imputés aux complications suivantes :

- L'hémorragie de l'ante-partum, de l'intra-partum ou du post-partum ;
- Le travail prolongé ou obstrué (dystocique) ;
- La septicité post-partum ;
- Complications liés à l'avortement ;
- Pré-éclampsie/éclampsie ;
- La grossesse extra-utérine ; et
- La rupture de l'utérus.

Tous les cas inclus au numérateur apparaîtront aussi au dénominateur. Toutes les complications mentionnées ci-dessus apparaissent tant au numérateur qu'au dénominateur. Par définition, un taux de létalité se rapporte à une cause spécifique, mais dans ce cas, il arrivera qu'un seul établissement ne reçoive qu'un petit nombre de femmes présentant l'une ou l'autre de ces complications.

Les données nécessaires

Le nombre de décès imputables aux complications précisées au préalable au niveau de l'établissement en

question, au cours d'une période donnée ; le nombre de femmes diagnostiquées de l'une ou plusieurs de ces complications et prises en charge par l'établissement de SOE au cours de la période donnée.

Source(s) de données

Les dossiers et archives de l'établissement en question.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure de la performance des établissements sanitaires, en particulier du point de vue de la qualité et de l'empressement des soins accordés. C'est lorsque des comparaisons sont effectuées dans le temps pour un même établissement qu'il s'avère le plus utile. En revanche, il ne peut pas servir à faire des comparaisons entre différents types d'établissement, étant données les différences au niveau des caractéristiques de la population desservie et des services offerts par chaque établissement. Les femmes souffrant de complications plus graves auront davantage tendance à se présenter aux hôpitaux centraux, alors que les femmes dans un état moins grave accèderont plutôt aux hôpitaux de district ou aux centres de santé (MotherCare, 2000a). Même une comparaison entre établissements « de même type » ou « semblables » pourra être difficile à interpréter, à cause de profondes différences au niveau de la population desservie, en fonction de facteurs d'ordre socioculturel ou d'autres circonstances se situant en dehors du contrôle du secteur sanitaire, relatives au transport ou au système routier, entre autres.

Le taux de létalité comporte un lien de causalité très puissant avec la mortalité maternelle au niveau de l'établissement. Son lien avec la mortalité maternelle au niveau de la population dans son ensemble sera fonction de la proportion de femmes présentant des complications de la grossesse et de l'accouchement qui sont prises en charge dans des établissements sanitaires. Plus ce nombre de femmes est élevé, plus le lien entre le taux de létalité et le niveau de mortalité maternelle sera étroit au niveau de la population dans son ensemble (Bertrand et Tsui, 1995).

⁴ Une grande portion du texte relatif à cet indicateur provient de l'ouvrage de Maine, McCarthy et Ward, 1992, et de l'UNICEF, OMS et FNUAP, 1997.

Si l'établissement prend en charge le traitement de complications obstétricales et rassemble des données concernant ces complications et les décès maternels, le calcul de cet indicateur sera facile. Le taux de létalité devrait réagir aux changements dans un délai assez bref (par ex., 6 à 12 mois).

Le fait qu'une femme décède ou non à l'hôpital sera fonction non seulement de la qualité et de la rapidité de la réponse de l'hôpital à la situation d'urgence obstétricale dans laquelle cette femme se trouve, mais aussi de son état au moment d'être admise à l'hôpital. Ainsi, même s'il fonctionne bien, un hôpital pourra connaître un taux de létalité élevé, parce que les femmes nécessitant des soins obstétricaux essentiels d'urgence arrivent dans un état très grave. Aussi, un taux de létalité faible n'est pas forcément le signe d'un niveau de qualité élevé des soins, mais indiquera plutôt que peu de femmes présentant des complications obstétricales semblent utiliser les services de l'établissement en question. Voilà pourquoi il est important d'avoir d'autres indicateurs de la qualité des soins (par exemple, le délai entre l'admission et la prise en charge pour les femmes présentant des complications), ou d'avoir des informations plus approfondies concernant l'état de la femme au moment de l'admission (par ex., le pouls, la tension artérielle, et la température).

Finalement, cet indicateur est utile accompagné des quatre autres indicateurs inter-reliés « au niveau des programmes » recommandés par l'UNICEF, l'OMS et le FNUAP. Par exemple, si la proportion de toutes les naissances se produisant dans un établissement offrant des SOE ou le besoin satisfait est faible, le taux de létalité deviendra insignifiant.

Ensemble, l'UNICEF, l'OMS et le FNUAP recommandent une valeur de moins de 1 comme valeur maximale acceptable pour cet indicateur. Toutefois, une étude d'un hôpital aux États-Unis a montré un taux de létalité de 0,03 pour cent en 1978 (Petitti et al., 1982). Sans aucun doute, même les pays avec un niveau de 1 pour cent devraient s'efforcer de réduire ce taux.

Là où le nombre de décès maternels ou de cas de complications est faible, le taux de létalité n'aura pas assez de force pour être significatif. En revanche, lorsque le nombre de cas est élevé, on pourra calculer le taux de létalité imputable à chaque type de complication.

POURCENTAGE DU PUBLIC VISÉ CONNAISSANT LES TROIS PRINCIPAUX SIGNES AVANT-COUREURS/DE DANGER DES COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES

Définition

Les connaissances et le degré de conscience au niveau d'une communauté concernant les signes avant-coureurs et de danger des complications de la grossesse et de l'accouchement.

Par « public visé », on entend la population à laquelle le programme en question s'adresse (par ex., les femmes enceintes, les époux ou autres membres de la communauté ayant une influence sur les décisions prises en matière de recherche de soins au moment de l'accouchement).

« Connaissant » se rapporte à la proportion de personnes en mesure de citer spontanément au moins trois signes avant-coureurs principaux d'un type de complication donné. Le plus souvent, ces complications sont, entre autres :

- Des saignements au moment de l'ante-partum ;
- Un travail durant plus de 12 heures (travail dystocique) ;
- Le placenta retenu pendant plus d'une heure ;
- Des convulsions ou un enfllement des mains ou du visage (pré-éclampsie/éclampsie) ; et
- De la fièvre et des écoulements vaginaux (septicémie puerpérale [Filippi et al., 2000]).

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de personnes du public visé connaissant au moins trois signes avant-coureurs/de danger de complications de la grossesse et de l'accouchement}}{\text{Nombre total de personnes composant le public visé}} \times 100$$

Les données nécessaires

Le nombre de personnes du public visé en mesure de nommer au moins trois signes avant-coureurs/de danger de complications obstétricales (présentées ci-dessus) ; la population totale définie comme étant le public visé.

Source(s) de données

Enquêtes auprès de la population.

But et questions

Le but de cet indicateur est d'évaluer le niveau de connaissances et de prise de conscience des signes avant-coureurs/de danger de complications de la grossesse et de l'accouchement au niveau d'une communauté, en vue de la planification et du suivi des initiatives de communication pour le changement des comportements (CCC) à ce niveau. La connaissance des signes indiquant une menace de complications constitue le premier pas essentiel vers une orientation appropriée et dans les délais nécessaires vers des services de soins de santé maternelle et du nouveau-né (Perreira et al., 2001).

Les améliorations au niveau de ces connaissances sont en général beaucoup moins importantes que celles au niveau d'autres messages éducatifs en matière de santé, tels que ceux promouvant les soins personnels (MotherCare, 2000a et 2000b).

La connaissance des signes avant-coureurs indiquant un danger et des complications obstétricales ne forme qu'un des aspects de la reconnaissance de problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement au niveau d'une communauté. D'autres aspects sont aussi importants : des connaissances sur le niveau de gravité de la complication en question (en d'autres termes, le fait de savoir quand il est important de prendre des mesures) et les connaissances concernant la mesure appropriée à prendre pour sauver des vies dans le cas de chacune de ces complications. De plus, il faut tenir compte du fait que les connaissances n'offrent pas forcément la garantie qu'un individu va reconnaître une complication dans une situation réelle. Certaines complications obstétricales passant d'un état normal à critique (par ex., l'hémorragie du post-partum) peuvent être particulièrement difficiles à reconnaître. La recherche de soins est aussi fortement influencée par les croyances culturelles relatives à l'étiologie de la maladie. Ces croyances peuvent parfois s'avérer d'une influence plus puissante sur les mesures

prises par une individu que ne pourraient l'être ses connaissances acquises récemment sur l'action adéquate à adopter (MotherCare, 2000a et 2000b).

Les évaluateurs devraient associer la connaissance des signes de danger pendant la grossesse à d'autres indicateurs fournissant une mesure d'aspects connexes de la connaissance et des comportements, s'ils souhaitent évaluer l'impact réel d'un programme de CCC, quel qu'il soit. Des indicateurs supplémentaires pourront être, par exemple, le pourcentage de la population sachant où trouver des services obstétricaux d'urgence et le pourcentage de la population qui a l'intention d'utiliser ces services en cas d'urgence (Voir la partie II.F).

Les indicateurs de la connaissance des signes avant-coureurs indiquant un danger et les indicateurs qui s'y rattachent devraient être complétés par des recherches formatives de bonne qualité et, là où cela s'applique, par des méthodes qualitatives, telles que les récits de maladie (MotherCare, 2000a et 2000b).

Cet indicateur et la question du genre

Pour la plupart, les décès maternels sont dus à des complications soudaines et inattendues. Pour faire diminuer le nombre de décès (estimé aujourd'hui à presque 600 000) se produisant chaque année suite à des causes qui auraient pour la plupart pu être évitées, beaucoup d'efforts ont été mis en place pour former le personnel sanitaire et les femmes enceintes. Cette formation visait à leur apprendre à reconnaître les signes avant-coureurs de complications afin qu'elles soient prises en charge à temps pour recevoir des soins médicaux. Peu d'efforts ont été entrepris pour éduquer les hommes concernant les risques liés à la grossesse, alors que souvent, ce sont eux qui contrôlent les décisions de recourir à des soins médicaux, et souvent arrangent et paient pour le transport à l'établissement de santé. Si les hommes comprenaient autant que les femmes que toute grossesse comporte une part de risque, les complications seraient reconnues et prises en charge.

POURCENTAGE DE FEMMES ASSISTÉES AU MOINS UNE FOIS AU COURS DE LEUR GROSSESSE POUR DES RAISONS ASSOCIÉES À LA GROSSESSE

Définition

La proportion de femmes prises en charge au moins une fois au cours de leur grossesse par un agent sanitaire qualifié, pour des raisons reliées à la grossesse.

On calcule cet indicateur de la manière suivante:

$$\frac{\text{Nombre de femmes enceintes prises en charge par une personne qualifiée au moins une fois au cours de leur grossesse pour des raisons reliées à la grossesse}}{\text{Nombre total de naissances vivantes au cours de la période référence}} \times 100$$

On entend par personne qualifiée un agent sanitaire ayant des connaissances et un ensemble défini de compétences cognitives et pratiques qui lui permettent de dispenser des soins de santé sans danger et efficaces pendant le travail et l'accouchement aux femmes et aux nouveau-nés, que ce soit à domicile, dans un centre de santé ou dans un hôpital. Ce sont les sages-femmes, médecins et infirmières qui ont des compétences obstétricales et sont en mesure de sauver des vies.⁵ (Inter-Agency Group for Safe Motherhood, 2000).

Les données nécessaires

Le nombre de femmes prises en charge par des personnes qualifiées au cours de leur grossesse ; toutes les naissances vivantes au cours d'une période de référence donnée.

Le nombre de naissances vivantes sert à donner de façon indirecte le nombre de toutes les femmes qui ont besoin de consultation prénatales CP. Il faudrait inclure toutes les naissances ; mais le plus souvent, seules les naissances vivantes sont utilisées, parce qu'il est difficile d'obtenir des informations concernant la mortinatalité (Graham et Filippi, 1994).

⁵ Les accoucheuses traditionnelles, y compris celles qui ont reçu une formation, ne rentrent PAS dans cette catégorie de personnel qualifié.

Là où les données sur le nombre de naissances vivantes ne sont pas disponibles, on pourra effectuer une estimation du nombre de naissances vivantes à partir de données de recensement pour la population dans son ensemble et le taux brut de natalité pour une région donnée. *Le total de naissances attendues = Population x Taux brut de natalité.*

Source(s) de données

Les données recueillies de façon systématique par les services sanitaires ; les enquêtes auprès de la population.

Les données sanitaires de routine ne disposent généralement pas de suffisamment d'informations concernant les grossesses ou les naissances prises en charge en dehors du secteur public (à domicile ou dans des établissements privés).

But et questions

Le but principal d'un indicateur sur les CP est de fournir des informations sur la proportion de femmes utilisant ces services. Le taux de couverture des services de CP donne une mesure brute de l'utilisation des soins prénatals (Rooney, 1992). Il ne permet cependant pas de saisir le nombre de consultations et si elles ont lieu au bon moment, les raisons poussant les patients à rechercher des soins, les compétences du prestataire, ou la qualité des soins reçus. Il ne faudrait donc pas conclure que des taux comparables de couverture des CP soient synonymes des niveaux de prise en charge semblables.

Les études épidémiologiques ont beau avoir tendance à montrer une association entre de meilleurs résultats cliniques au niveau des services maternels et les CP, elles ne parviennent pas à effectuer le contrôle nécessaire pour corriger les biais de sélection pouvant exercer une influence positive sur les résultats (Villar et Khan-Neelofur, 2000). Le lien d'association entre une consultation prénatale (comprenant une prestation de soins d'un niveau de qualité inconnu) et la mortalité maternelle est faible (OMS, 1999b). Toutefois, notons

que l'association entre le recours aux CP et une survie périnatale accrue est plus forte (McDonagh, 1996) ; pour cette raison, les mesures du niveau de couverture des CP peut jouer un rôle plus important au niveau du suivi et de l'évaluation de programmes pour la santé et la survie du nouveau-né (Graham et Filippi, 1994).

Cet indicateur est susceptible de réagir aux changements dans le court terme. Le suivi sur une base annuelle n'est possible que lorsque les données sont extraites d'informations sanitaires de routine. Dans le cas de comparaisons à l'échelle internationale, des périodes de trois à cinq ans seront certainement suffisantes. Il faudrait éviter d'effectuer des enquêtes trop souvent, parce que l'erreur d'échantillonnage entraîne des difficultés à se rendre compte si les changements de petite échelle sont réels ou le résultat d'erreurs fortuites.

À des fins de comparaison, il est important de savoir si le dénominateur employé comprend toutes les naissances, la naissance la plus récente, ou toutes les femmes. Une analyse fondée sur les naissances représente toutes les naissances survenues au cours de la période d'enquête, mais fournit une surreprésentation des femmes qui donnent naissance à plus d'un enfant. Les femmes qui ont eu plus d'un accouchement sont aussi plus susceptibles d'être celles qui connaissent d'autres facteurs de risque, tels qu'une parité élevée et une utilisation moins fréquente des services de santé. Le degré de couverture des CP sera donc susceptible d'être moins élevé si on utilise une estimation fondée sur les naissances que si on utilise une estimation basée sur le nombre de femmes. Et plus la période d'enquête sera longue, plus cette différence s'accroîtra. Une estimation fondée sur le nombre de femmes peut être obtenue en servant du degré de couverture des CP pour l'accouchement le plus récent (Graham et Filippi, 1994) ; c'est le format utilisé maintenant pour les rapports des enquêtes démographique et de santé (EDS). Parce que les programmes visent les femmes, les gestionnaires de programme, du point de vue conceptuel, préféreront peut-être utiliser un dénominateur basé sur les femmes. Une analyse fondée sur les accouchements est cependant essentielle si l'on veut déterminer l'impact des CP sur les résultats cliniques liés à la grossesse.

Les différences au niveau de la classification du personnel qualifié, en particulier de savoir si le personnel auxiliaire ou les accoucheuses traditionnelles ont été prises en compte, pourront aussi expliquer les inégalités entre pays. Dans la pratique, la plupart des enquêtes de grande échelle utilisent maintenant la définition standardisée de l'OMS pour se rapporter au personnel obstétrical qualifié.

Il arrive que des différences apparaissent parce que l'estimation se rapporte soit à toutes les consultations prénatales, soit seulement à celles ayant lieu « pour des raisons liées à la grossesse ». Dans la pratique, des informations concernant les motivations menant une femme à rechercher des soins sont rarement recueillies, sauf dans le cas des enquêtes du Projet panarabe pour la santé familiale (PAPFAM).

Le degré de couverture des soins prénatals fait partie de quatre indicateurs en corrélation mutuelle qui se trouvent sur la liste minimale pour mesurer la couverture des soins de santé maternelle. Les trois autres indicateurs sont :

- **Le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifiée ;**
- La disponibilité de soins obstétriques essentiels ; et
- La disponibilité de soins obstétriques essentiels complets.

Utilisés ensemble, ces indicateurs fournissent une mesure des progrès effectués en direction des buts auxquels sont de dispenser des services de soins prénatals, de pratiquer des accouchements en présence de personnel qualifié, et de pourvoir l'accès pour toutes les femmes enceintes à des services de soins obstétriques essentiels. Le degré de couverture des CP est associé à la survie et à la santé du nouveau-né, alors que l'association avec la mortalité maternelle est faible. En résumé, la couverture des services de soins prénatals semble avoir une influence sur la santé et la survie du nouveau-né, mais on ne sait pas clairement quels sont ses effets sur la mortalité maternelle.

Cet indicateur et la question du genre

Parce que dans certains pays, pour des raisons culturelles, on ne considère pas qu'il soit approprié pour une femme de parler aux hommes des questions relatives à leur corps, il se pourra que certaines femmes éprouvent des difficultés à communiquer au sujet de problèmes liés à la grossesse si le prestataire est un homme. De plus, là où les femmes n'ont pas accès aux ressources du ménage ou si elles n'ont pas le niveau d'autonomie qui leur permettrait de rechercher des soins elles-mêmes, leurs époux ou d'autres de leur famille ne seront pas forcément disposés à investir leurs ressources dans des services de soins prénatals. Ce sera particulièrement le cas si une grossesse semble se passer de façon « normale ».

POURCENTAGE DE FEMMES AYANT REÇU OU ACHETÉ UN TRAITEMENT ANTIPALUDIQUE AU COURS DE LEUR PLUS RÉCENTE GROSSESSE

Définition

Pourcentage de femmes à qui on a dispensé des médicaments contre le paludisme ou qui se les sont procurés, selon la politique nationale, au cours de leur grossesse la plus récente.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes à qui des médicaments antipaludiques ont été dispensés ou qui se les sont procurés au cours de leur plus récente grossesse}}{\text{Nombre de femmes qui ont récemment accouché d'un enfant vivant}} \times 100$$

Les médicaments antipaludiques (en prophylaxie ou en traitement préventif intermittent [TPI]) seront différents, dépendamment du niveau de susceptibilité local et de la politique nationale en vigueur dans le pays donné. Pour la plupart, les politiques dans les pays à haute endémicité conseillent une dose de traitement de chloroquine, suivie d'un comprimé de chloroquine par semaine au cours de toute la grossesse ou un TPI avec de la sulphadoxine-pyriméthamine au début des deuxième et troisième trimestres dans les régions où une résistance à la chloroquine a été identifiée. D'autres types de régime sont moins répandus.

Les données nécessaires

Le nombre de femmes à qui des médicaments contre le paludisme ont été dispensés, ou qui se les sont procurés, au cours de leur grossesse la plus récente ; le nombre de femmes ayant récemment accouché d'un enfant vivant.

Tant pour le numérateur que pour le dénominateur, les évaluateurs devraient préciser le temps écoulé depuis l'accouchement récent. Dans le cadre d'enquêtes, il est normal de limiter cette période à un intervalle de trois à cinq ans précédent l'enquête.

Là où les données sur le nombre de naissances vivantes ne sont pas disponibles, on pourra parvenir à une estimation de celui-ci à partir de données de recensement pour la population totale et le taux brut de natalité dans une région donnée. *Total des naissances attendues = Population x Taux brut de natalité.*

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de la population ; les archives et dossiers des établissements sanitaires concernant les patientes des services prénatals.

But et questions

Le paludisme met sérieusement en péril la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés, et ce, tout particulièrement dans les zones d'endémie de *p. falciparum*. Le paludisme est l'une des causes principales de l'anémie maternelle et du poids faible à la naissance (le faible poids à la naissance constitue la cause principale de mortalité néonatale). Comme des recherches ont démontré, tant le TPI avec de la sulphadoxine-pyriméthamine que la chimioprophylaxie systématique à la chloroquine contribuent à une diminution de ces complications, même si l'évidence est moins forte en ce qui concerne la chloroquine, à cause d'une résistance accrue aux médicaments. En l'an 2000, le sommet Africain, « *Roll Back Malaria* » (RBM) a fixé l'objectif suivant : que 60 pour cent des femmes risquant le paludisme aient accès à une forme de chimioprophylaxie ou de TPI.

Certaines enquêtes de grande envergure auprès des ménages, telles que le questionnaire principal de l'enquête EDS, recueillent systématiquement des données pour cet indicateur. De plus, les informations concernant les populations de patientes sont recueillies grâce à certaines enquêtes auprès des établissements sanitaires effectuant des analyses de dossiers, des observations directes de CP, ou des entretiens à la sortie auprès de patientes des CP.

Beaucoup d'établissements notent systématiquement dans leurs dossiers la couverture des vaccinations antitétaniques et le nombre de consultations prénatales ; le système d'informations sanitaires (SIS) pourraient rassembler ces informations sans exiger beaucoup d'effort. Pourtant, autant que nous le sachions, la collecte systématique des données pour cet indicateur ne se fait que dans le cadre d'études spéciales.

L'un des inconvénients majeurs de cet indicateur est que les approches utilisées actuellement pour la collecte de données ne disposent pas de suffisamment d'informations sur la totalité du régime de médicaments à prendre pendant la grossesse. En plus de déterminer le type de médicament antipaludique à prendre, il faut des informations sur la fréquence et le moment de la dispense des médicaments, pour déterminer si les femmes enceintes sont protégées de façon adéquate contre le paludisme.

En théorie, ces informations pourraient être obtenues si les cliniques tenaient des dossiers sur le nombre de patientes qui se présentent, et le nombre de femmes à qui le premier, le deuxième et le troisième TPI sont dispensés, ou le nombre de paquets de chloroquine distribués. Un autre indicateur illustrant le niveau d'adéquation d'un programme et sa capacité à répondre aux besoins particuliers des clientes est :

- Le nombre de comprimés dispensés par femme éligible

Les questions posées dans la plupart des enquêtes auprès de la population sous-entendent que les femmes sont en mesure de rapporter de façon fiable les informations sur le traitement reçu pour le paludisme. Peu d'études de validation ont cependant testé cette hypothèse. Dans les études basées sur la population, on se fie aussi beaucoup aux données auto-rapportées, et celles-ci sont sujettes à des imprécisions dues à l'oubli qui continueront de s'accroître en fonction de la durée de la période de rappel.

Les dossiers des établissements ou les observations des prestataires fournissent une mesure de la proportion de femmes à qui des médicaments contre le paludisme ont été prescrits ou dispensés. Ils ne sont pas pour autant une indication du nombre de femmes qui ont pris les médicaments. Le taux de conformité au traitement n'atteindra que rarement les 100 pour cent et pourra varier en fonction de nombreux facteurs différents au niveau local.

Là où le paludisme n'apparaît que de façon sporadique ou saisonnière, les programmes concentrent leurs efforts sur le dépistage des femmes qui présentent des symptômes et sur le traitement de celles qui souffrent d'une infection. Dans ce cas, d'autres indicateurs pourront inclure :

- Le nombre de femmes enceintes présentant des symptômes du paludisme
- Le pourcentage de femmes enceintes recevant un traitement antipaludique en accord avec les protocoles de traitement locaux.

D'autres indicateurs à utiliser dans des zones d'endémie et de paludisme sporadique sont :

- Le pourcentage de femmes enceintes vivant dans une maison disposant de moustiquaires imprégnés d'insecticide ; et
- Le pourcentage de femmes enceintes vivant dans une maison disposant de moustiquaires traitées et rapportant avoir dormi sous une moustiquaire la nuit précédente.

POURCENTAGE DE FEMMES AYANT REÇU UN TRAITEMENT ANTHELMINTHIQUE AU COURS DE LA GROSSESSE

Définition

Dans les régions d'endémicité moyenne élevée : le pourcentage de femmes enceintes qui reçoivent un traitement préventif anthelminthiques pendant la grossesse. Selon les « Directives pour l'utilisation de suppléments de fer pour la prévention et le traitement de l'anémie due aux carences en fer » (*Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anemia*, en Anglais) publié en 1998 par l'IVACG, l'OMS et l'UNICEF, le traitement devrait être prodigué une fois au cours du deuxième et troisième trimestre.

Dans les zones d'endémicité peu élevée : le pourcentage de femmes qui ont reçu le traitement prescrit pendant leur grossesse.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes enceintes recevant un traitement préventif contre les parasites}}{\text{Nombre total de femmes enceintes}} \times 100$$

Les données nécessaires

Des informations concernant le nombre de femmes enceintes qui reçoivent un traitement préventif/préscrit contre les parasites et le nombre total de femmes enceintes.

Source(s) de données

Les archives et dossiers des programmes (concernant le nombre de femmes enceintes, le nombre de femmes enceintes recevant un traitement, qu'il s'agisse d'un traitement préventif ou d'un traitement contre des parasites qui ont été identifiés, et le nombre de femmes enceintes qui indiquent être infectées) ; les enquêtes auprès de la population sont une source alternative de données. Elles donneront cependant des résultats différents concernant le taux de couverture. Si la source de données est une enquête auprès de la population, il faudrait effectuer le calcul de cet indicateur à partir de la grossesse la plus récente.

But et questions

Des parasites, tels que l'ankylostome et les schistosomes, peuvent provoquer une carence en fer, et donc une anémie. Dans les régions d'endémicité faible, c'est un traitement au cours du deuxième trimestre qui est recommandé. Dans les régions à endémicité moyenne ou élevée, il faudrait que le traitement soit donné au cours du deuxième et troisième trimestre. Le traitement au cours du premier trimestre de grossesse n'est pas recommandé.

Cet indicateur permet seulement d'évaluer dans quelle mesure les femmes ont reçu un traitement contre les infections à helminthes, sans faire aucune référence au dosage correct. Parce que ce traitement est fonction de la disponibilité des médicaments pour les clientes participant au programme, cet indicateur pourra permettre de déceler les insuffisances au niveau de la circulation des médicaments vers les points de distribution de services à l'intérieur du système, et/ou la faible performance des prestataires au niveau des points de prestation de services.

Un autre indicateur servant à montrer le niveau d'adéquation du programme lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins des clientes spécifiques serait le dosage (nombre de comprimés) dispensés à chaque femme admissible au programme.

Indicateur

POURCENTAGE D'ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS PAR UN PERSONNEL DE SANTÉ QUALIFIÉ

Définition

Le pourcentage d'accouchements ayant lieu avec l'aide d'un agent sanitaire qualifié.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de naissances avec l'aide d'un personnel de santé qualifié au cours de la période de référence}}{\text{Nombre total de naissances vivantes au cours de la période de référence donnée}} \times 100$$

Le personnel de santé qualifiée est un agent sanitaire professionnel qui a les connaissances et un ensemble défini de compétences pratiques et cognitives lui permettant de prodiguer des soins de santé sans danger et efficaces aux femmes pendant l'accouchement et à leurs nourrissons, à domicile, dans le contexte d'un centre de santé et d'un hôpital. Le personnel obstétrical qualifié comprend les sages-femmes, les médecins et infirmières ayant des compétences en matière d'obstétrique et pour sauver des vies⁶ (*Safe Motherhood Inter-Agency Group*, 2000).

Les données nécessaires

Le nombre d'accouchements à l'aide d'un personnel de santé qualifié au cours d'une période de temps donnée ; le nombre de naissances vivantes dans la même région géographique et au cours de la même période de référence.

Le nombre de naissances vivantes sert à mesurer de manière indirecte le nombre de femmes ayant besoin de soins au moment de l'accouchement. Il faudrait inclure toutes les naissances, mais le plus souvent, seules les naissances vivantes sont utilisées, parce qu'il est difficile d'obtenir des informations concernant la mortalité (Graham et Filippi, 1994).

⁶ Les accoucheuses traditionnelles, y compris celles qui ont reçu une formation, ne rentrent PAS dans cette catégorie de personnel qualifié.

Là où les données sur le nombre de naissances vivantes ne sont pas disponibles, on pourra effectuer une estimation du nombre de naissances vivantes à partir de données de recensement pour la population dans son ensemble et le taux brut de natalité pour une région donnée. *Le total de naissances attendues = population x taux brut de natalité.*

Source(s) de données

Des données d'informations sanitaires de routine ; des enquêtes auprès de la population.

Les données recueillies de façon systématique sur les services de santé manquent généralement d'informations concernant les grossesses ou les accouchements se passant en dehors des établissements de santé publics, par exemple dans les domiciles ou des établissements privés.

But et questions

Avec un indicateur sur l'assistance d'un personnel de santé qualifié au moment de l'accouchement, l'objectif est de fournir des informations sur le niveau d'utilisation des services de soins obstétricaux.

Nombreux sont ceux qui soutiennent que l'accroissement de la proportion d'accouchements avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié constitue l'intervention la plus importante pour arriver à faire diminuer la mortalité maternelle. De plus, la proportion d'accouchements avec l'aide d'un personnel de santé qualifiée sert d'indicateur de référence pour effectuer le suivi des progrès effectués en vue d'atteindre objectifs de la CIPD (OMS, 1999b).

De nombreuses sources permettent de montrer que l'accouchement à l'aide d'un personnel de santé qualifié fait diminuer la mortalité maternelle, que ce soit des sources cliniques, historiques, ou épidémiologiques, qui indiquent l'existence d'une association, mais pas d'un lien de causalité. En général, les accouchements avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié sont associés à des taux faibles de mortalité maternelle. Cependant, un certain nombre de facteurs de confusion, tel que la forte

corrélation entre la présence d'une personne qualifiée et l'accouchement dans un établissement de santé, rendent difficile l'évaluation de l'impact de l'aide d'un personnel de santé qualifié comme élément distinct.

Le suivi sur une base annuelle n'est possible que si les informations proviennent de sources de données systématiques. Pour effectuer des comparaisons à l'échelle internationale, des périodes de trois à cinq ans seront probablement suffisantes. On évitera des enquêtes trop fréquentes, du fait que les périodes d'enquête risquent de se chevaucher, ce qui entraînerait une erreur d'échantillonnage rendant difficile de vérifier si les changements de petite échelle qui se produisent sont réels ou bien le résultat d'erreurs fortuites.

Il ne faudrait pas conclure que des similarités entre pays au niveau du taux d'accouchements avec l'aide d'un personnel de santé qualifié signifient des niveaux semblables de prise en charge entre ces pays ; il peut y avoir des différences très marquées entre les pays au niveau de la formation que reçoivent les prestataires, de ce qui est permis aux prestataires de pratiquer et ce qui est pratiqué dans les faits, et au niveau des fournitures se trouvant à leur disposition.

Les divergences entre pays peuvent venir aussi de différences au niveau des définitions utilisées et de la manière dont on rapporte la présence de personnel qualifié. Dans la plupart des enquêtes, telles que les enquêtes EDS, on se fie aux informations auto-rapportées par les femmes, mais on ne sait pas comment les femmes interprètent la question « qui a prêté son assistance pendant l'accouchement », et si elles identifient correctement le personnel de santé présent au moment de la prise en charge.

Pour cet indicateur, on utilise une analyse du taux de natalité (comme pour l'indicateur précédent sur les CP), et dans l'échantillon, les femmes qui ont accouché plusieurs fois au cours de la période d'enquête sont surreprésentées. Celles qui ont accouché plus d'une fois sont aussi celles qui sont plus susceptibles de connaître d'autres facteurs de risque, comme une parité élevée et une utilisation moins fréquente des services de santé. La couverture au niveau des accouchements pourra donc être sous-estimée, même s'il ne s'agit que d'une sous-estimation peu importante.

Étant donné que le dénominateur utilisé dans ce calcul ne comprend que des femmes ayant donné naissance à des enfants vivants et exclut les cas de mort du fœtus

et de mort-nés, la seule association valide sera avec la mortalité néonatale, et pas la mortalité périnatale. (Voir la partie III.E, sur les soins du nouveau-né).

Il sera possible de décomposer cet indicateur par lieu, afin de donner une image du niveau des soins reçus au moment de l'accouchement. Cette mesure de la prise en charge, ou de « l'assistance d'une personne qualifiée » pourra varier en fonction du contexte et de la personne aidant à l'accouchement. Une personne ayant des compétences obstétriques aidant à un accouchement dans un hôpital, par exemple, apporte davantage « d'aide qualifiée » qu'elle ne pourrait le faire lors d'un accouchement à domicile.

Le pourcentage d'accouchements effectués avec l'aide d'un personnel de santé qualifié fait partie des quatre indicateurs inter reliés de la liste minimale pour mesurer la couverture des services de soins de santé maternelle. Les trois autres indicateurs sont :

- **Le pourcentage de femmes assisté au moins une fois au cours de leur grossesse pour des raisons associées à la grossesse ;**
- La disponibilité de soins obstétriques essentiels de base ; et
- La disponibilité de soins obstétriques essentiels complets.

Utilisés ensemble, ces indicateurs fournissent une mesure des progrès effectués pour atteindre les objectifs que sont la prestation de soins prénatals, l'assistance de personnel de santé qualifiés au moment de l'accouchement, et l'accès aux soins obstétriques essentiels pour toutes les femmes enceintes.

Indicateur

POURCENTAGE DE FEMMES PRISES EN CHARGE LORS DU POST-PARTUM PAR UN PERSONNEL QUALIFIÉ

Définition

La proportion de femmes enceintes examinées par un agent de santé qualifié pendant le post-partum.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes examinées pendant le post-partum par un personnel de santé qualifié}}{\text{Nombre total de naissances vivantes}} \times 100$$

Le post-partum est défini comme étant la période allant de la délivrance du placenta jusqu'à 42 jours après l'accouchement.

Les données nécessaires

Le nombre de femmes qui pendant le post-partum sont examinées par un personnel qualifié au cours d'une période donnée. (Note : Il est important de préciser s'il s'agissait d'une première consultation ou d'une consultation ultérieure.) Toutes les naissances survenant au cours de la même période.

Le nombre de naissances vivantes sert à donner de façon indirecte le nombre de toutes les femmes ayant besoin de soins postnatals. Généralement, les évaluateurs comptent toutes les naissances, mais n'incluent que les naissances vivantes dans leur calcul pour cet indicateur, à cause de la difficulté à obtenir des informations concernant la mortinatalité. (Graham et Filippi, 1994).

Là où les données sur le nombre de naissances vivantes ne sont pas disponibles, on pourra parvenir à une estimation de celui-ci à partir de données de recensement pour la population totale et le taux brut de natalité dans une région donnée. *Total des naissances attendues = Population x Taux brut de natalité.*

Source(s) de données

Les données issues d'informations sanitaires de routine ; des enquêtes auprès de la population.

Les données sanitaires de routine manquent généralement d'informations sur les grossesses ou les naissances se passant en dehors du secteur public, par exemple, à domicile ou dans des établissements du secteur public.

But et questions

L'objectif principal, en ayant un indicateur sur le post-partum, est d'obtenir des informations sur le niveau d'utilisation des services de post-partum au cours de cette période.

Même si la plupart des décès maternels et de nouveau-nés se passent aux environs de l'accouchement et durant le post-partum immédiat, les soins du post-partum (SP) constituent un domaine assez négligé de la prestation de services de santé maternelle. Des directives émises récemment par l'OMS recommandent que la première consultation post-partum ait lieu au cours de la première semaine, et de préférence dans les deux à trois jours après l'accouchement, avec une deuxième consultation dans un délai de quatre à six semaines. La consultation devrait inclure le dépistage précoce et la prise en charge de complications et des soins préventifs, tant pour la mère que pour le nouveau-né⁷ (OMS, 1998a ; OMS, 2001b).

Les complications de la grossesse surgissent de façon imprévisible ; pour cette raison, il est peu probable qu'une seule consultation au cours du post-partum, dont on ne connaîtrait ni la raison, ni la qualité, et dont on ne saurait pas si elle arrive à propos, puisse avoir un effet sur la mortalité maternelle. Ce n'est que si les complications de la grossesse sont décelées assez tôt et si un traitement efficace est disponible que des services de soins au cours

⁷ Les soins préventifs à la mère pourront comprendre, entre autres, la vaccination contre le tétanos, la supplémentation en vitamine A et en fer ; le conseil sur les soins à apporter au nouveau-né, l'hygiène appropriée, l'allaitement au sein, la prévention du paludisme et la nutrition. Les soins préventifs aux nouveau-nés incluront le vaccin du BCG ainsi que les vaccins contre la polio et l'hépatite.

du post-partum pourront diminuer la possibilité de morbidité grave. (*Child Health Research Project* [Projet de recherche sur la santé de l'enfant], 1999). Il faudrait davantage de recherches dans ce domaine.

Certains types d'enquête de grande échelle, telle que l'EDS, rassemblent de façon systématique des données sur les soins du post-partum. Les SIS de routine pourront aussi recueillir des données, même si de par le passé, davantage de programmes ont rassemblé les données sur les soins du nouveau-né (prise en charge des vaccinations) que sur les soins accordés à la mère.

Cet indicateur réagit au changement se produisant dans le court terme. Le suivi sur une base annuelle n'est possible que lorsque les données proviennent d'informations sanitaires de routine. Pour effectuer des comparaisons à l'échelle internationale, des périodes de trois à cinq ans semblent être suffisantes. Il faudrait éviter d'effectuer des enquêtes trop souvent, parce que l'erreur d'échantillonnage entraîne des difficultés à se rendre compte si les changements de petite échelle sont réels ou le résultat d'erreurs fortuites.

Plutôt qu'une intervention unique, les soins du post-partum forment un ensemble de services. Il n'existe pas de définition opérationnelle universellement acceptée pour les soins du post-partum, et les soins mêmes varient selon les contextes en termes de contenu et de qualité. Voilà pourquoi le fait que des pays présentent des taux de couverture semblables ne signifie pas que les soins soient de niveau égal dans ces pays.

De plus, après l'accouchement, les soins dont ont besoin la mère, d'une part, et l'enfant, de l'autre part, sont très différents. Les statistiques sur le post-partum devraient indiquer clairement si c'est à la mère ou à l'enfant que les soins ont été surtout prodigués, ou aux deux, parce que ces informations pourront être difficiles à obtenir de façon rétrospective. Par exemple, le questionnaire EDS dans sa forme actuelle, précise les soins du post-partum prodigués à la mère. L'OMS fait une distinction entre les soins à la mère et ceux à l'enfant, en n'employant le terme de post-partum que pour les soins apportés à la mère exclusivement, et le terme de soins postnatals pour l'enfant.

Certaines enquêtes ne présentent la couverture des soins du post-partum que pour les femmes ayant accouché en dehors d'un établissement de santé. Cette façon de procéder découle de la supposition que les femmes qui accouchent dans un établissement bénéficient de services de soins du post-partum (Rutstein, 1999).

Dans les contextes où le taux de couverture des soins postnatals est relativement élevé, on pourra stratifier cet indicateur en fonction du moment de la consultation (par ex., dans les deux ou trois jours suivant l'accouchement, après une semaine, ou plus tard), afin de mieux évaluer le niveau d'utilisation de ces services.

RAPPORT DE MORTALITÉ MATERNELLE

Définition⁸

Nombre de décès maternels survenant pour 100 000 naissances vivantes.

La mort maternelle (comme l'indique la Classification internationale des Maladies ou CIM-10 [OMS, 1992]), est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après la terminaison de sa grossesse, quelle qu'en soient la durée et la localisation. Le décès pourrait être lié à une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite. Les morts maternelles se subdivisent en deux groupes, par cause directe ou indirecte, comme suit :

Les décès par cause obstétricale directe

Ils sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suite de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus.

Les décès par cause obstétricale indirecte

Ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une infection apparue au cours de la grossesse, sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

On calcule le rapport de mortalité maternelle de la manière suivante :

$$\frac{\text{Toutes les morts maternelles survenant au cours d'une période de référence (généralement un an)}}{\text{Nombre total de naissances vivantes survenant au cours de la période de référence en question}} \times 100\,000$$

⁸ Le texte utilisé pour cet indicateur d'inspire fortement d'une publication de l'OMS, les [“*Indicators for Reproductive Health Monitoring* » Indicateurs pour le suivi en santé de la reproduction”], OMS.

Les données nécessaires

Des informations concernant tous les décès maternels survenant au cours d'une période donnée (en général un an) et des informations sur le nombre total de naissances vivantes se produisant au cours de la même période.

Le fait d'inclure toutes les grossesses dans le dénominateur permet de donner une idée exacte de la population de femmes enceintes et en couches à risque. Cependant, les chercheurs et les évaluateurs utilisent plus communément le nombre de naissances vivantes, puisque ces données sont plus facilement disponibles et plus faciles à rassembler.

Là où les données sur le nombre de naissances vivantes ne sont pas disponibles, on pourra parvenir à une estimation de celui-ci à partir de données de recensement pour la population totale et le taux brut de natalité dans une région donnée. *Total des naissances attendues = Population x Taux brut de natalité.*

Source(s) de données

De nombreux pays comptent trois sources principales de données permettant de calculer le rapport de la mortalité maternelle :

- Les registres d'état civil ;
- Les statistiques de service ; et
- Les enquêtes auprès de la population ou la surveillance.

Ces sources comportent des limitations importantes, tant dans le monde développé que dans le monde en développement, et d'autres ouvrages en présentent un examen approfondi (AbouZahr, 1999 ; Berg, Danel, et Mora, 1996 ; Campbell et Graham, 1990).

But et questions

Le rapport de mortalité maternelle représente la mesure la plus utilisée en ce qui concerne les décès maternels. Il fournit une mesure du risque obstétrical (c.-à-d., le risque encouru par une femme une fois qu'elle est enceinte).

Il n'inclut donc pas le risque de tomber enceinte (c.-à-d. la fécondité, qui, au niveau d'une population, est mesurée par le taux de mortalité maternelle ou le risque de décès maternel sur la durée de la vie) [Graham et Airey, 1987].

La mortalité maternelle est reconnue par tous comme un indicateur général de l'état de santé globale d'une population, du statut des femmes dans une société et, du fonctionnement du système sanitaire. Un rapport de mortalité maternelle sera donc le signe de problèmes plus vastes liés à l'état de santé, aux inégalités entre les sexes et aux services de santé dans un pays donné. C'est donc un indicateur utile à des fins de plaidoyer, mais qui manque d'informations concernant les causes d'une mortalité maternelle élevée ou les interventions qui s'imposent pour faire diminuer le nombre de décès maternels.

Il est difficile de rechercher les décès maternels, puisqu'il s'agit d'événements relativement rares à l'échelle de la population. Il y a d'autres raisons pour cela, telles que la réticence à rapporter les décès liés à un avortement, les problèmes d'imprécisions dues à l'oubli, ou le manque d'attribution d'ordre médical (Campbell et Graham, 1991). Il n'existe donc pas de source unique de données ou de méthode de rassemblement de ces données s'appliquant à tous les aspects de la mortalité maternelle dans tous les contextes possibles.

Peu de pays en voie de développement disposent d'un système d'enregistrement de l'état civil suffisamment complet pour en extraire des estimations de la population fiables (AbouZahr, 1998).

Le principal inconvénient des données des services sanitaires se rapporte à la sélectivité de la population desservie par ces services. Sans informations détaillées concernant cette population, il est difficile de se rendre compte si c'est une sous-estimation ou une surestimation que fournit le rapport de mortalité maternelle pour la population dans son ensemble (notons qu'elle comprend aussi des personnes qui n'utilisent pas les services en question). D'autres problèmes rattachés à l'utilisation d'informations des services sanitaires sont, entre autres, les inexactitudes des dossiers de routine et le fait que les décès survenant en dehors des services de maternité ne sont pas pris en compte.

Dans de nombreux pays en voie de développement, les enquêtes auprès de la population constituent la principale source d'information pour effectuer le calcul du rapport de mortalité maternelle. Parmi les enquêtes de ce type, on compte :

- Les études **RAMOS** (« *Reproductive Age Mortality Surveys* » — Enquêtes sur la mortalité des femmes en âge de procréer) : elles visent à identifier tous les décès chez les femmes au cours de la période fertile, en utilisant un ensemble d'approches telles que les enquêtes transversales auprès des ménages, la surveillance continue de la population, l'examen des dossiers des hôpitaux et centres de santé, et les informateurs clés (OMS, 1987).
- **L'estimation directe** : elle s'appuie sur des questions posées au sujet des décès maternels survenus récemment (il y a un an ou deux) au niveau d'un ménage. Ces questions pourront être posées dans le cadre d'une enquête auprès des ménages ou d'un recensement de tous les ménages, même si l'expérience d'utilisation est plutôt réduite (Campbell, 1999).

A titre égal, ces deux types de méthode permettent d'obtenir des estimations actuelles, mais elles exigent beaucoup de temps et s'avèrent coûteuses. En effet, il faut utiliser des très grands échantillons si l'on veut obtenir des estimations ponctuelles à l'intérieur d'intervalles de confiance étroits, et ainsi permettre un suivi des tendances dans le temps.

- **La méthode « des soeurs »** constitue un effort pour surpasser les exigences en matière de la taille de l'échantillon, en réalisant des entrevues auprès des adultes concernant la survie de toutes leurs soeurs. La méthode indirecte (Graham, Brass et Snow, 1989) comprend moins de questions à poser aux participantes, mais fournit une estimation pondérée se rapportant statistiquement à un moment se situant à 10 ou 12 ans précédant l'enquête. Quant à la méthode directe, (Stanton, Abderrahim et Hill, 2000) fournit une estimation plus actuelle remontant à 3 ou 4 ans précédant l'enquête. Elle exige cependant de poser davantage de questions, et s'avère plus coûteuse en temps et en ressources.

Des méthodes de modélisation ont aussi été développées, pour essayer de pallier au degré d'imprécision de ces estimations (OMS, UNICEF et FNUAP, 2001 ; AbouZahr et Wardlaw, 2001 ; FNUAP, 1998b).

Plutôt qu'une mesure précise, les rapports de mortalité maternelle n'apportent qu'une indication assez générale de la mortalité maternelle. Cela découle des limitations inhérentes à la plupart des méthodes de mesure employées. L'utilisation d'intervalles de confiance encadrant ces estimations aide à faire prendre conscience du fait qu'une estimation manque généralement trop de précision pour être utilisées pour le suivi des tendances (AbouZahr et Wardlaw, 2001). De plus, les sources de données et les méthodes de collecte décrites plus haut ont chacune des avantages et des inconvénients qui leur sont propres, et la fiabilité des estimations obtenues est inégale. Voilà pourquoi les enquêtes visant à fournir une estimation de la mortalité maternelle ne devraient pas être menées à un rythme plus fréquent que tous les 5 à 10 ans. Il faut que les évaluateurs prennent en compte les intervalles de confiance larges au moment de l'interprétation du rapport de mortalité maternelle.

La distinction entre les changements réels et artificiels s'avère une tâche compliquée, étant donné que les différences observées ne reflètent pas forcément une amélioration au niveau de l'état de santé des mères (Graham, Filippi, et Ronsmans, 1996). D'autres questions importantes à prendre en compte sont, entre autres :

- Les erreurs qui ne sont pas dues à l'échantillonnage, telles que les changements au niveau de la précision dans le recueil des informations ou de la classification, dans le temps ou d'un district ou d'une population à l'autre (Stanton, Abderrahim, et Hill 2000) ;

- Des changements au niveau de la définition de ce qui constitue un décès maternel lors du passage de la CIM-9 à la CIM-10 (OMS, 1977 ; OMS, 1992). En présentant le rapport de mortalité maternelle, il faudrait donc indiquer clairement quelle version est utilisée. S'il s'agit de la version CIM-10, il faut préciser laquelle des trois catégories est comprise dans le numérateur (les décès maternels par cause obstétricale directe ou indirecte survenant dans un délai de 42 jours post-partum, la mort maternelle tardive, la mort maternelle liée à la grossesse) ;⁹
- Des données agrégées pourront cacher des écarts importants entre différents sous-groupes de la population ; et
- Les différences qui apparaissent au niveau du rapport de mortalité maternelle entre les régions rurales et les régions urbaines pourront tout simplement être le reflet de différences au niveau de la répartition de la fécondité (et non au niveau du taux) : les femmes des régions rurales ayant de très nombreux enfants et encourant un risque de décès possiblement plus grand. D'autres facteurs d'interférence pourront être, entre autres, l'état de santé global, tel que le taux d'anémie ou de paludisme, et des facteurs d'ordre socioéconomique.

⁹ Les morts maternelles tardives sont : les décès résultant de causes obstétricales directes ou survenus plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse. Les morts maternelles liées à la grossesse sont : les décès survenus au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la cause du décès.

BESOINS SATISFITS EN MATIÈRE DE SOINS OBSTÉTRICAUX ESSENTIELS (SOE)¹⁰

Définition

La proportion de toutes les femmes présentant des complications de la grossesse ou de l'accouchement qui sont prises en charge par des établissements prodiguant des SOE au cours d'une période de référence donnée.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Le nombre de femmes présentant une complication obstétricale majeure prises en charge par des établissements de SOE}}{\text{Estimation du nombre de femmes présentant des complications obstétricales dans la zone géographique desservie par des établissements de SOE}} \times 100$$

Les complications obstétricales directes ou majeures sont, entre autres :

- L'hémorragie de l'ante-partum, de l'intra-partum ou du post-partum ;
- Le travail prolongé ou obstrué (dystocique) ;
- La septicité post-partum ;
- Complications liés à l'avortement ;
- Pré-éclampsie/éclampsie ;
- La grossesse extra-utérine ; et
- La rupture de l'utérus.

Le nombre de femmes souffrant de complications obstétricales majeures comprend tant les femmes admises pour une complication que les femmes chez qui se développe une complication pendant le séjour dans l'établissement en question.

Les établissements de SOE comprennent ceux qui prodiguent des soins essentiels obstétricaux tant aux niveaux « de base » que « complet ».

Les données nécessaires

Le nombre de femmes présentant des complications majeures prises en charge dans un établissement de SOE au cours de la période de référence ; (une estimation

du) nombre de femmes présentant des complications obstétricales majeures au niveau de la population au cours de la période de référence donnée

Source(s) de données

Les dossiers et archives tenus par les établissements (pour le nombre de femmes prises en charge).

On estime à 15 pour cent le nombre de femmes enceintes chez qui se développent des complications obstétricales et nécessitant une prise en charge médicale pour éviter la mort ou de développer un handicap (OMS, 1994a). Il arrive souvent que le nombre de naissances vivantes serve de mesure indirecte pour toutes les naissances ou toutes les grossesses ; lorsque les données sur le nombre de naissances vivantes ne sont pas disponibles, on pourra parvenir à une estimation de celui-ci à partir de l'équation suivante : *Total des naissances attendues = Population x Taux brut de natalité.*

But et questions

Le but de cet indicateur est de parvenir à évaluer le niveau d'utilisation des services de SOE par des femmes présentant une complication obstétricale majeure au cours d'une période et dans une région géographique données.

Il faudra peut-être effectuer des ajustements au niveau des systèmes de tenue des dossiers des établissements pour permettre de recueillir systématiquement les données concernant les complications de la grossesse et de l'accouchement. Un système utile sera celui qui note les complications majeures dans le dossier de la patiente ou dans sa fiche de maternité. Il faudra ensuite

¹⁰ Une grande part du texte utilisé pour cet indicateur provient de l'ouvrage « Indicateurs de l'évaluation de programmes de santé reproductive », du Projet EVALUATION, (Bertrand et Tsui, 1995), lequel est inspiré de *Guidelines for Monitoring Progress in the Reduction of Maternal Mortality*, (Maine, McCarthy et Ward, 1992), et de la version de 1997 de *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services* (Maine et al., 1997).

que les évaluateurs s'assurent que les informations recueillies proviennent de tous les domaines pertinents de l'établissement (par ex., le service de gynécologie, de chirurgie, le service où sont pratiqués les avortements, la morgue), et non seulement du service de maternité. Il leur faut aussi inclure les complications traitées par tous les établissements de services de SOE dans la région en question dans le numérateur.

Ensemble, l'UNICEF, l'OMS et le FNUAP ont établi un niveau minimum acceptable de « besoins satisfaits » à 100 pour cent, mais dans le contexte de la plupart des pays en voie de développement, ce n'est pas là un objectif réaliste. S'ils trouvent un niveau de moins de 100 pour cent, les évaluateurs en concluent que des femmes souffrant de complications ne bénéficient pas des soins médicaux nécessaires. Toutefois, si le niveau des « besoins satisfaits » est faible, il faudrait que les chercheurs cherchent à obtenir d'autres données pour voir si le problème relève du manque de disponibilité, d'accessibilité, de qualité des soins prodigués, ou d'autres facteurs (par exemple culturels) qui constituent des déterminants de l'utilisation des services.

En théorie, le « besoin satisfait » peut dépasser les 100 pour cent si plus de 15 pour cent de toutes les femmes enceintes développaient des complications obstétricales majeures. Dans les pays développés, il arrivera que la proportion de femmes présentant des complications et prises en charge par des établissements offrant des SOE constitue plus de 15 pour cent de tous les accouchements. Un diagnostic exagéré des complications obstétricales, ce qui a pu être observé dans certaines régions de l'Europe de l'Est, pourra aussi faire en sorte que ce ratio dépasse les 100 pourcent.

Une des difficultés de cet indicateur provient du fait que les complications sont le sujet de nombreux types de biais d'enregistrement et que même lorsqu'il existe des définitions standardisées, les résultats peuvent varier énormément selon le système de collecte de données employé et la formation reçue par le personnel.

Cet indicateur est aussi particulièrement sensible au nombre d'avortements compris dans le numérateur. S'il y a une forte incidence d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, le « besoin satisfait » sera susceptible d'être élevé. Le fait d'inclure tous les avortements peut rendre le « besoin satisfait » deux ou trois fois plus élevé qu'il ne serait sans les avortements. Vu l'exagération du « besoin satisfait » provenant de l'inclusion de toutes les complications

liées à l'avortement, de plus en plus de défenseurs de cet indicateur le calculent des deux façons, avec tous les avortements, et sans. L'exclusion des complications du post-abortum rendra peut-être la comparaison des estimations plus faisable.

Que l'utilisation de 15 pour cent de toutes les naissances/grossesses soit appropriée pour parvenir à une estimation du nombre de femmes qui souffrent de complications est aussi ouvert au débat. Il arrivera que les estimations de l'OMS sur la proportion d'accouchements accompagnés de complications dépasse 15 pour cent : les hémorragies, 10 pour cent des grossesses ; les infections, 8 pour cent ; les troubles hypertensifs de la grossesse, 5 pour cent ; le travail prolongé, 5 pour cent (OMS, 1996a). Cependant, des données de projections pour l'Afrique de l'Ouest laisseraient entendre que 6 pour cent constituerait une estimation plus raisonnable de la proportion de complications obstétricales graves (Prual, 2000). Plus la définition de ce qui est considéré comme étant une complication obstétricale directe ou majeure est étroite, plus les estimations seront fiables et comparables (MotherCare, 2000a). Toutefois, on notera que les registres et les fiches de naissances risquent de ne pas comporter suffisamment de détails concernant les complications pour permettre une vision plus précise de la gravité d'une complication.

Les résultats ne risquent pas d'être trop fortement biaisés si une femme est comptée deux fois au numérateur (celle qui est admise au même établissement plus d'une fois au cours de sa grossesse ou de sa période de post-partum ou celle qui est admise dans plus d'un établissement). Si cette situation se présentait, le biais insufflé à l'indicateur présenterait une image plus positive du système de santé qu'il ne mérite.

Le taux brut de natalité, la population totale, et 15 pour cent ne fournissent tous qu'une estimation ; le degré d'exactitude du taux brut de natalité (TBN) et de la population peut varier en fonction de la source de données. Aussi, le « besoin satisfait » sera susceptible de manquer de précision, et de représenter une sur- ou sous-estimation de sa vraie valeur. Pour rendre cet indicateur utile dans le cadre de comparaisons entre établissements et entre districts ou dans le temps, il faudra employer les mêmes définitions et expliquer les critères utilisés pour chaque définition.

Partie III.E

La Santé du Nouveau-né

- Proportion d'hôpitaux et de maternités accrédités comme étant « amis des bébés »
- Pourcentage du public visé connaissant les signes avant-coureurs/de danger des complications survenant chez le nouveau-né
- Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses d'anatoxine tétanique
- Pourcentage d'accouchements à domicile avec des soins apportés à la propreté du cordon ombilical
- Pourcentage de nouveau-nés pris en charge par un prestataire de soins de santé au cours de la période post-natale
- Pourcentage de naissances vivantes de faible poids
- Nombre de cas de tétanos néonatal
- Taux de mortalité néonatale (TMN)
- Taux de mortalité périnatale (TMP)
- Taux de mortalité spécifique en fonction du poids à la naissance

Le but de beaucoup de programmes mis en œuvre dans les pays en voie de développement est d'améliorer la santé et la survie des mères et des nouveau-nés. Il n'y a pas encore longtemps que la santé néonatale était un domaine relativement négligé tant par le mouvement international en faveur des enfants que par celui pour une maternité sans risque, et peu de programmes se sont concentrés précisément sur l'amélioration de la survie des nouveau-nés. L'une des principales raisons pour cela a été le manque généralisé de prise de conscience du nombre de décès infantiles. L'OMS estime que chaque année, plus de 8 millions de nourrissons meurent dans leur première année ; parmi ceux-là, près des deux tiers (5,1 millions) meurent au cours du premier mois, dont deux tiers décèdent durant la première journée (McCarthy, Lawn et Ross, 2001). Pratiquement tous ces décès ont lieu dans des pays en voie de développement. Même si la mortalité post-natale a considérablement baissé, les décès néonataux n'ont décliné que légèrement et représentent donc une proportion croissante du nombre total de décès infantiles (Espeut, 1998).

Un deuxième facteur a été l'impression qu'il faut des technologies sophistiquées pour permettre de réduire de façon significative la mortalité néonatale. Tout au contraire, la plupart des décès de nouveau-nés dans les pays en voie de développement pourraient être évités grâce à des interventions déjà très pratiquées. Les causes de décès les plus communes, à savoir, les infections, l'asphyxie et les traumatismes à la naissance, peuvent être évitées grâce à des interventions simples, d'un bon rapport coût-efficacité et pouvant aussi être bénéfiques aux mères. Ces interventions sont, entre autres, le traitement et la prévention du paludisme durant la période prénatale, la vaccination à l'anatoxine tétanique, le dépistage et la prise en charge d'infections sexuellement transmissibles, et l'accès à un accouchement sans risque dans de bonnes conditions hygiéniques (OMS, 1996a). Qui plus est, le fait de fournir à tous les enfants un « ensemble de soins essentiels au nouveau-né » (voir le tableau III.E.1) comprenant la réanimation adéquate, la

chaleur, la propreté et l'hygiène, les soins et la propreté du cordon, et l'allaitement maternel exclusif, précoce, qui accroît aussi la survie et diminue la proportion d'enfants survivant avec une forme d'invalidité (OMS, 1996b ; OMS, 2001a).

Comparée aux autres domaines inclus dans la partie III de ce *Compendium*, la santé du nouveau-né est l'un des moins élaborés. Les recherches opérationnelles ont permis d'identifier les interventions susceptibles de faire diminuer efficacement la mortalité néonatale, mais il reste encore à déterminer quels services devraient être étendus, par qui et à quel coût. L'évaluation de ces programmes en est donc à ses balbutiements, et de nombreux outils de collecte de données, de nouvelles approches analytiques et de nouveaux indicateurs sont encore à développer et à mettre à l'épreuve. Cependant, à cause du lien étroit entre la santé des mères et celle des nouveau-nés, beaucoup d'indicateurs de processus s'appliquant à la santé des nouveau-nés ont déjà été très utilisés par les programmes pour une maternité sans risque (voir la figure III.E.1). En effet, il pourrait sembler que le fait de séparer les indicateurs de santé maternelle et néonatale en deux parties distinctes crée une fausse dichotomie, alors que les antécédents d'un mauvais résultat de grossesse, ainsi que les interventions nécessaires pour y répondre, peuvent être les mêmes pour les mères que pour les nourrissons. Notre but, est de stimuler, la prise de conscience croissante de l'importance de la santé du nouveau-né et de mettre en valeur le fait que malgré les nombreux parallèles entre les programmes de santé maternelle et néonatale, il existe des différences importantes qui ont une influence sur la manière dont sont effectués le suivi et l'évaluation de ces programmes. Le fait que ces différences apparaissent n'est pas seulement du aux variations entre les interventions de programme, mais aussi au fait que des interventions pouvant profiter tant aux mères qu'aux bébés peuvent avoir des effets différents sur la mortalité. Par exemple, à cause de leur impact plus important sur la survie néonatale, des interventions, telles que

la vaccination de mères enceintes contre le tétanos et le dépistage et le traitement d'IST, seront davantage susceptibles d'être suivies dans les programmes de santé néonatale que dans les programmes pour une maternité sans risque.

Les défis méthodologiques de l'évaluation des programmes de santé du nouveau-né

Certains des défis de l'évaluation des programmes de santé du nouveau-né ressembleront à ceux évoqués pour les programmes pour une maternité sans risque : le besoin de tenir compte de deux résultats, le grand nombre de déterminants proximaux et les difficultés à attribuer un lien de causalité à certaines interventions parce que les services sont « regroupés ». Même si les décès de nouveau-nés sont plus fréquents que les décès maternels, et donc plus faciles à compter, les défis que doivent relever les efforts de mesure comprennent les points suivants, sans pour autant y être limités :

- **Les pays définissent de manière différente les naissances, les décès et la « période néonatale », ce qui rend les comparaisons à l'échelle internationale difficiles.**

L'utilisation sensée d'un indicateur, quel qu'il soit, n'est possible qu'en utilisant et en appliquant des définitions standards. Le premier défi posé aux gestionnaires de programme de santé du nouveau-né est l'absence d'une définition universelle de ce qui est entendu par « période néonatale ». Dans certains contextes, le terme de « nouveau-né » pourra renvoyer aux nourrissons âgés de quelques jours, alors que dans d'autres contextes, il se rapportera aux enfants âgés de plusieurs semaines. Dans ce *Compendium*, le terme de nouveau-né se rapporte à la période néonatale (c.-à-d., les 27 premiers jours de la vie complétés).

Un deuxième défi se situe dans les différentes manières de regrouper les décès de nouveau-nés en fonction du moment du décès. Généralement, les décès sont regroupés dans le premier mois ou la première semaine de la vie ou en tant que décès fœtaux (mort-né et celles qui sont rapportées telles que décrites dans le tableau III.E.2).

Dans de nombreux pays, cependant, on définit et enregistre les naissances et les décès d'une manière peut-être différente des définitions standards des décès fœtal, périnatal et néonatal, telles que recommandées par l'OMS dans la CIM-10. (Voir le tableau III.E.2).

Dans certains pays, par exemple, on n'enregistre une naissance comme étant vivante que si l'enfant survit plus de 24 heures (McCarthy, Lawn et Ross, 2001). La définition de la mort périnatale est particulièrement une source de problèmes, non seulement parce que les exigences en matière de présentation de rapports légaux peuvent varier d'un pays à l'autre, mais parce que les deux définitions internationales standardisées comprennent des différences au niveau de l'âge gestationnel et des critères de poids. (Voir l'indicateur sur le **Taux de mortalité périnatale**).

Des difficultés supplémentaires pourraient aussi surgir dans les cas où les critères nationaux pour les naissances et les décès pourront être interprétés différemment dans des contextes différents. Il en résulte que les naissances vivantes pourraient être interprétées à tort comme étant des décès fœtaux et vice versa. Ce problème pourra se présenter à cause du manque de formation ou d'expérience de certains individus (cela s'applique aux décès se produisant dans les établissements sanitaires comme ceux qui surviennent à domicile). Il pourra aussi se présenter dans la manière dont les institutions et les autorités sanitaires choisissent d'interpréter et d'appliquer les critères nationaux en matière de natalité et de mortalité. Des changements dans la pratique médicale pourront aussi modifier la façon dont les praticiens classent systématiquement les décès, et il faut que les gestionnaires soient conscients de cette situation lorsqu'ils introduisent des programmes visant à améliorer la qualité des services cliniques en santé du nouveau-né.

- **Dans l'idéal, tous les décès (y compris fœtal, périnatal et néonatal) devraient être comptés ; mais dans la pratique, le fait de compter les décès néonataux constitue souvent la seule approche possible.**

Quel que soit le programme, les types de décès à être pris en compte dépendent de l'objectif du programme, de la méthode de mesure choisie et des ressources disponibles. Dans le cas idéal, le personnel du programme devrait conserver les informations concernant tous les décès néonataux, périnataux et fœtaux pour en dériver une image complète de la grossesse. Ceci est important, étant donné que les causes de mortinatalité et de décès néonataux sont souvent les mêmes, et dans la pratique, la distinction entre une incidence de mort-né et le décès néonatal sera très délicate. En se contentant de n'étudier que l'un de ces deux taux, on risquera de sous-estimer le niveau véritable de la mortalité survenant au cours de

la période néonatale. Le fait de compter tous les décès pourra fournir une mesure de l'impact des interventions sur les étiologies menant aux décès tant fœtaux que néonataux et permettra de déceler les changements au niveau de l'épidémiologie des décès néonataux. Les technologies modernes, par exemple, pourront améliorer les effets au niveau de l'accouchement, mais accroître la mortalité néonatale parce que les décès fœtaux se trouvent déplacés de l'ante-partum à la période post-partum. Le fait de rapporter ensemble les taux de mortalité néonatale, périnatale et de mort-né permettra aussi d'effectuer avec plus de validité des comparaisons entre différents programmes et contextes. Cependant, de façon réaliste, peu de programmes seront en mesure d'atteindre cet objectif. Dans la plupart des pays en voie de développement, la plupart des naissances et des décès surviennent à domicile (OMS, 1996b). Peu de pays disposent d'un système de registres d'état civil pouvant fournir des informations valables et fiables concernant toutes les naissances et tous les décès survenant au niveau de la communauté en question. Les systèmes d'informations sanitaires ne peuvent fournir des informations que sur les naissances et les décès survenus en milieu médical et, dans la plupart de cas, ces systèmes sont aussi peu élaborés. La plupart des programmes au niveau des communautés, s'ils ont la capacité de mesurer la mortalité, ne seront généralement capables de rassembler des données fiables que sur les décès néonataux, pour des raisons expliquées un peu plus loin.

- **La qualité des données sur la mortalité néonatale est moindre que celle des données sur les décès survenant aux autres âges.**

Pour en déduire des mesures valides de l'impact sur la santé du nouveau-né, il faut des informations concernant toutes les naissances et tous les décès. Comme nous l'avons mentionné plus haut, peu de pays en voie de développement ont un système de registres d'état civil suffisamment développé pour permettre accès à ces données et, dans de nombreuses situations, les rapports sur ces données sont très incomplets. Les obstacles d'ordre institutionnel qui mènent à sous-rapporter les données pourront inclure le coût, la distance pour se rendre au bureau d'état civil, et le manque de prise de conscience de l'importance de l'enregistrement des naissances et des décès. Les obstacles d'ordre social ou culturel pourront aussi rendre difficile la collecte de données fiables.

On trouve aussi de nombreux biais dans la façon dont les décès sont rapportés. Même dans les pays qui disposent de systèmes d'enregistrement bien élaborés, il existe un

biais penchant vers l'inscription des enfants plus grands et plus âgés, alors que les décès des tous petits nourrissons durant la période néonatale sont souvent omis. Les décès fœtaux (mort-nés) sont moins susceptibles d'être rapportés que les décès survenant après une naissance vivante (OMS, 1996b).

- **Les estimations d'enquête de la mortalité parmi les nouveau-nés ne conviennent pas au suivi à court terme.**

Ce sont des études de cohorte qui pourraient permettre d'obtenir les taux de mortalité les plus fiables, mais elles seraient trop coûteuses pour être utilisées pour la préparation de rapports réguliers. Dans la pratique, les estimations les plus fiables de la mortalité néonatale sont obtenues à partir d'enquêtes à grande échelle s'appuyant sur le compte-rendu rétrospectif des décès survenant dans la petite enfance. Les enquêtes qui se concentrent sur les naissances vivantes fournissent des estimations de la mortalité néonatale, mais pour la mortalité périnatale, il faut les antécédents complets des grossesses. Étant donné que de nombreuses enquêtes auprès de la population sont orientées vers l'obtention d'indicateurs démographiques utilisant le nombre de naissances vivantes au dénominateur, relativement peu d'expérience a été acquise avec l'utilisation des antécédents de grossesse (qui rassemblent des informations sur les enfants mort-nés). Quelle que soit l'estimation d'enquête, sa fiabilité dépend du niveau d'exhaustivité des comptes rendus, et en général, ce sont surtout les décès de la petite enfance qui sont sous-rapportés. À cause du nombre relativement peu élevé de décès enregistrés dans ce type d'enquête, les taux de mortalité néonatale à l'échelle nationale sont présentés le plus souvent pour une période de cinq ans précédent l'enquête, et les estimations à l'échelle internationale pour les 10 ans précédent l'enquête. Il arrivera parfois que le manque de précision de ces estimations rende difficile l'évaluation de l'importance de petits changements observés d'une enquête à une autre (Rutstein, 1999).

- **Il est très difficile de mesurer la morbidité périnatale et néonatale.**

Les estimations de la morbidité chez les nouveau-nés sont importantes pour une conception efficace des interventions de programme. Cependant, tout comme dans le cas de la maternité sans risque, les estimations existantes de la morbidité néonatale sont issues de données cliniques, et il est peu probable qu'elles offrent une image du fardeau de morbidité au niveau d'une

communauté, à moins que toutes les naissances et tous les décès soient survenus dans le cadre d'une institution. Même si les membres d'une institution peuvent apprendre à diagnostiquer la maladie chez un nouveau-né, (Bang et al., 1999), la maladie est souvent difficile à reconnaître parce que les symptômes présents chez le bébé sont généralement plutôt vagues, tels que le manque d'appétit et la léthargie. Il pourra être difficile d'assigner une cause au décès, vu que plusieurs maladies différentes présentent des symptômes semblables, et beaucoup de nourrissons meurent à la maison avant même qu'ils n'aient été vus par un médecin. Peu d'établissements disposent de moyens de diagnostic adéquats lorsque des bébés malades arrivent éventuellement pour recevoir des soins.

- **De nouveaux indicateurs de programme sont nécessaires au niveau individuel, de la communauté et du service de santé**

Jusqu'à présent, une grande partie des débats au sujet du suivi et de l'évaluation en matière de santé du nouveau-né a été axée sur la mortalité néonatale, découlant d'une relative inexpérience en matière d'indicateurs de processus pour la santé néonatale. Il est clair que les indicateurs sur la mortalité ont une place et fournissent la seule mesure directe de l'objectif de la plupart des programmes, mais il faut élaborer des indicateurs de processus pour pouvoir mesurer un large éventail d'interventions nécessaires à l'amélioration de la santé et de la survie du nouveau-né.

Les indicateurs de processus sont nécessaires pour mesurer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et la demande de services au niveau clinique là où la prestation de services de santé néonatale a été négligée par le passé. Par exemple, une enquête à l'échelle nationale au Kenya a montré que plus de deux tiers des hôpitaux ne disposaient même pas du matériel de réanimation le plus élémentaire (MOH, NCPD, et ORC Macro, 2000) (Voir la Partie II.H.2 sur l'évaluation de la prestation de services concernant la qualité des services et de la prestation de services néonatales).

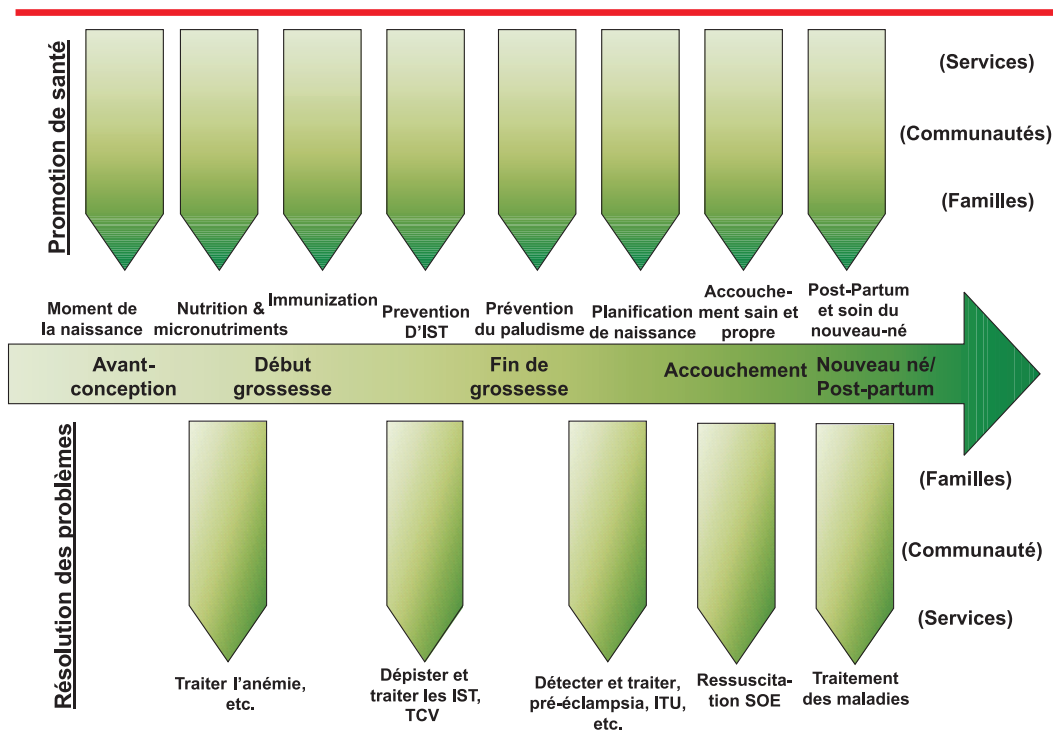
Des indicateurs sont nécessaires non seulement pour le suivi au niveau clinique, mais aussi pour le suivi et l'évaluation d'interventions aux niveaux individuel et communautaire. Beaucoup d'enfants en bas âge tombent malades et meurent avant même d'atteindre des soins médicaux. Il est particulièrement important de développer des indicateurs pouvant aider les programmes à comprendre les connaissances au niveau

d'une communauté, les attitudes et les comportements face à la maladie du nouveau-né, ainsi qu'à déterminer quelles interventions seront les plus efficaces.

Le cadre conceptuel de la santé maternelle et néonatale

Le cadre conceptuel pour la santé maternelle et du nouveau-né (voir la figure III.E.1) qui a inspiré l'élaboration de plusieurs indicateurs inclus dans ce manuel, représente les liens entre la santé de la mère et celle du nouveau-né, de la période avant la grossesse à celle du post-partum. Ce cadre montre aussi où les interventions peuvent promouvoir et améliorer l'état de santé et indique à quels niveaux (familial, communautaire, et des services) l'impact de ces interventions devrait être mesuré. Il n'aborde pas certains déterminants se situant au niveau du système, à savoir, les facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et légaux qui, bien entendu, exercent une influence sur la santé maternelle et néonatale. Les indicateurs compris dans cette section du *Compendium* se rapportent directement à la santé et aux soins du nouveau-né. Beaucoup d'autres indicateurs exerçant un effet sur la santé du nouveau-né, tel que le moment de la naissance (**le taux de prévalence de la contraception**) et la nutrition (**le pourcentage de femmes en âge de procréer souffrant d'anémie**) se trouvent dans d'autres sections du *Compendium*.

Figure III.E.1. Cadre conceptuel sur la santé maternelle et néonatale.



Adapté à partir d'Al Bartlett, USAID

Tableau III.E.1

Les soins essentiels aux nouveau-nés

1. La propreté : un accouchement dans de bonnes conditions hygiéniques en assurant la propreté et les soins du cordon pour la prévention des infections chez le nouveau-né (tétanos et septicémie)
2. Protection thermique : la prévention et/ou la prise en charge de l'hypothermie néonatale et de l'hyperthermie
3. Allaitement maternel précoce et exclusif
4. Début de la respiration, réanimation
5. Soins des yeux : prévention et prise en charge de l'ophtalmie du nouveau-né (ophthalmia neonatorum)
6. Les vaccinations (BCG, vaccin antipoliomyélitique buccal, vaccin anti-hépatite B)
7. Prise en charge des maladies du nouveau-né
8. Soins des enfants nés prématurément et/ou de faible poids à la naissance

Source : OMS (1996b)

La sélection des indicateurs

La plupart des indicateurs compris dans cette section du *Compendium* sont prévus pour une utilisation au niveau national ou dans le cadre de programmes à grande échelle, mais beaucoup pourront être utilisés dans d'autres contextes. Ces indicateurs ont été sélectionnés en utilisant les mêmes critères que ceux employés pour la section sur la maternité sans risque, par un petit groupe d'experts travaillant en ce moment sur des programmes de santé néonatale en consultation auprès d'autres experts et des organisations œuvrant dans ce domaine.

Ce sont surtout les effets (*outcomes*) et impacts de santé que les indicateurs mesurent, ce sont les indicateurs les plus utilisés jusqu'à présent pour les programmes de santé du nouveau-né. Nous sommes conscients que certains programmes ne peuvent pas mesurer ces résultats, notre sélection leur sera donc moins utile. Cependant, contrairement au cas de la maternité sans risque, certains programmes, même au niveau d'ONG, pourront se trouver face à un nombre de décès suffisant pour en tirer des estimations stables de la mortalité néonatale. De plus, ces programmes sont particulièrement bien placés pour effectuer des recherches nécessaires concernant le lien entre les comportements présents dans la communauté et les effets de santé des nouveau-nés.

L'absence relative d'indicateurs de processus pour la santé néonatale illustre l'émergence très récente de la santé néonatale en tant que domaine de programmation distinct. Il est évident qu'il y a un besoin urgent de recherches pour étendre notre compréhension de la meilleure façon d'effectuer le suivi et d'évaluer les programmes de santé du nouveau-né. Mais jusqu'à ce que des travaux plus avancés permettent de valider les indicateurs de processus proposés, beaucoup de ces indicateurs ne pourront être qualifiés que « d'expérimentaux » et ne répondent pas aux critères établis par ce *Compendium*. Nous y incluons cependant quelques uns qui ont fait leurs preuves sur le terrain, et qui ont été utilisés par certains groupes mais pas encore utilisés à grande échelle. C'est la **Pourcentage des naissances à domicile avec des soins apportés à la propreté du cordon ombilical**, et du **Pourcentage du public visé connaissant les signes avant-coureurs/de danger des complications survenant chez le nouveau-né**.

Nous avons inclus ces indicateurs en estimant qu'il existe un besoin de stimuler le débat et les échanges concernant les indicateurs de processus adéquats pour la santé néonatale. Nous reconnaissons que ces deux indicateurs ne répondent pas aux critères d'un bon indicateur (OMS, 1997) et qu'aucun des deux n'est particulièrement adapté à une utilisation à l'échelle nationale. De plus, la décision d'inclure le **Pourcentage de nouveau-nés pris en charge par un prestataire de soins de santé au cours de la période post-natale** a été vivement discutée du fait d'une absence de consensus sur le moment adéquat et les objectifs des soins post-natals. Nous conservons cet indicateur parce que son utilisation est assez répandue, et que l'un des objectifs de ce *Compendium* est de promouvoir une standardisation des définitions et des concepts.

Au cours des prochaines années, au fur et à mesure que la prise de conscience du problème de la mortalité néonatale s'accroît, les personnes travaillant dans le domaine de la santé néonatale parviendront sans doute à s'approcher d'un consensus au sujet des indicateurs les plus adéquats pour effectuer le suivi de programmes à l'échelle nationale. Cet ensemble d'indicateurs constitue un premier petit pas dans ce sens.

Tableau III.E.2
Les normes et exigences en matière de présentation de rapports
en relation à la mortalité périnatale et néonatale

La mortinatalité

C'est la mort du fœtus pesant au moins 500 g ou, lorsque le poids à la naissance n'est pas disponible, après 22 semaines complètes ou plus de gestation. Étant donné que souvent, la durée de la gestation et le poids à la naissance ne sont pas disponibles dans les cas de pertes précoces du fœtus, l'OMS, à des fins de comparaisons internationales, recommande de n'inclure que les décès de fœtus pesant au moins 1 000 g (après 28 semaines de gestation ou plus si les données sur le poids ne sont pas disponibles).

Les termes de mortinatalité (mort-né) et de décès fœtal sont parfois utilisés de façon interchangeable. Ici, nous avons choisi le terme de mortinatalité (mort-né) parce qu'il est plus largement reconnu.

Taux de mortalité néonatale (TMN)

$$\frac{\text{Nombre de décès néonataux (décès d'enfants nés vivants dans les 28 premiers jours de la vie)}}{\text{Nombre de naissances vivantes}} \times 1\,000$$

Taux de mortalité néonatale précoce (TMNP)

$$\frac{\text{Nombre de décès néonataux précoces (décès survenant dans les 7 premiers jours de la vie)}}{\text{Nombre des naissances vivantes}} \times 1\,000$$

Taux de mortalité néonatale tardive (TMNT)

$$\frac{\text{Nombre de décès néonataux tardifs (décès survenant entre le 7ème jour et les 27 premiers jours de la vie)}}{\text{Nombre des naissances vivantes}} \times 1\,000$$

Taux de mortalité périnatale (TMP)

$$\frac{\text{Nombre de décès périnataux (mort-nés + décès néonataux précoces)}}{\text{Nombre total de naissances (mort-nés et naissances vivantes)}} \times 1\,000$$

Note : On compte le jour de la naissance comme le jour 0, de sorte que « dans un délai d'une semaine » comprenne les bébés âgés de 0 à 6 jours et « dans un délai d'un mois » comprenne les bébés âgés de 0 à 27 jours.

Source : CIM 10 (OMS, 1992)

PROPORTION D'HÔPITAUX ET DE MATERNITÉS ACCRÉDITÉS COMME ÉTANT « AMIS DES BÉBÉS »**Définition**

La proportion d'hôpitaux et des maternités qui ont été accrédités comme étant « amis des bébés » selon les dix critères établis par l'UNICEF et l'OMS pour l'allaitement au sein et les soins du nouveau-né.

Pour recevoir l'appellation « ami des bébés », un hôpital doit :

1. Disposer d'une politique écrite régulièrement communiquée au personnel ;
2. Former tout le personnel sanitaire aux compétences nécessaires à la mise en œuvre de cette politique ;
3. Donner des informations à toutes les femmes enceintes concernant les avantages et les techniques d'allaitement au sein ;
4. Aider les mères à commencer l'allaitement au sein dans un délai d'une heure après la naissance ;
5. Montrer aux mères comment procéder à l'allaitement au sein et maintenir la lactation, même si elles doivent être séparées de leur enfant ;
6. Ne donner aux nourrissons aucune autre boisson ou nourriture que le lait maternel, sauf contre-indication pour raisons médicales ;
7. Pratiquer la mise « en chambre » en laissant les mères et leurs nouveau-nés ensemble à tout moment ;
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande ;
9. Ne pas donner de tétines artificielles ou de sucettes d'aucune sorte à des nourrissons sous allaitement au sein ; et
10. Favoriser la mise en place de groupes de soutien pour l'allaitement au sein et orienter les mères vers ces groupes lorsqu'elles sortent de l'hôpital ou de la maternité.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

Nombre d'hôpitaux et de maternité accrédités comme étant « amis des bébés »

Nombre total d'hôpitaux et des maternités pratiquant des accouchements
--

Les données nécessaires

Le nombre de maternités répondant aux critères de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) ; le nombre total de maternités et d'hôpitaux.

Source(s) de données

Les instruments d'auto-évaluation interne et d'évaluation externe développés par l'UNICEF, l'OMS et Wellstart pour l'IHAB.

But et questions

L'IHAB a été développée conjointement par l'UNICEF, l'OMS et Wellstart dans le but d'accroître les taux d'allaitement au sein et d'encourager la mise en place de normes globales dans les services de maternité des hôpitaux et les établissements de maternité. Les établissements mènent tout d'abord une auto-évaluation ; ensuite des évaluateurs indépendants nommés par le comité national de l'IHAB ou le bureau national de l'UNICEF évaluent les établissements en fonction des critères ci-dessus. Ces mêmes entités rassemblent les informations sur les nombres et les proportions d'établissements obtenant le statut « ami des bébés » pour les rapporter aux niveaux national et global (OMS, UNICEF et Wellstart International, 1999).

Alors que cet indicateur fournit des informations utiles sur l'existence de services amis des bébés dans un pays donné, nous mentionnerons cependant quelques mises en garde quant à son utilisation. Premièrement, le nombre d'établissements parvenant au statut « ami des bébés » tendra à être présenté plus souvent que la proportion, à cause des difficultés à déterminer le nombre total d'établissements de santé pratiquant les accouchements qu'il faut pour le dénominateur. Il est clair que le nombre d'établissements sera en fonction de la taille du pays. Par exemple, en décembre 2000, 6 312 hôpitaux en Chine (ou 47 pourcent de tous les établissements éligibles) étaient parvenus au statut « amis des bébés, comparés à 232 (ou 66 pourcent de tous les établissements éligibles) au Kenya. Il est particulièrement difficile de déterminer le nombre d'établissements de santé pratiquant des accouchements dans le secteur privé ; il arrivera souvent que les établissements privés ne soient pas représentés dans les estimations au niveau national.

Deuxièmement, il arrivera que la liste des établissements enregistrés comme « amis des bébés » ne soit pas à jour. En effet, la réaccréditation périodique pour le maintien des normes est volontaire et est en fonction de l'intérêt et de la motivation de chaque établissement. La date à laquelle le statut « ami des bébés » a été accordé et s'il y a eu ou non de réaccréditation ne sont pas enregistrés sur une base régulière.

Indicateur

POURCENTAGE DU PUBLIC VISÉ CONNAISSANT LES SIGNES AVANT-COUREURS/DE DANGER DES COMPLICATIONS SURVENANT CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Définition

Niveau de connaissance au niveau communautaire des signes avant-coureurs et de danger des complications survenant chez le nouveau-né.

Le « public visé », à savoir, la population visée par le programme, comprend généralement les mères dans le cas de nouveau-nés. Les époux ou d'autres membres de la famille que l'on sait pouvoir exercer une influence sur les décisions relatives à la recherche de soins, ainsi que d'autres prestataires de soins de santé (tels que les accoucheuses traditionnelles) auront aussi besoin de connaître les signes de la maladie chez le nouveau-né.

Le terme « connaître » se rapporte au pourcentage de personnes en mesure de citer de façon spontanée les signes avant-coureurs (signes précoces) de complications chez le nouveau-né. Par exemple, le pourcentage de mères capables de nommer au moins trois des signes les plus couramment reconnus de maladies chez le nouveau-né.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de répondants connaissant les signes avant-coureurs des complications chez le nouveau-né}}{\text{Nombre total de répondants}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses apportées aux questions relatives aux connaissances posées dans le cadre des enquêtes.

Source(s) de données

Une enquête auprès de la population, de préférence auprès d'un échantillon représentatif du public visé.

But et questions

Le but de cet indicateur est de permettre d'évaluer les connaissances au niveau d'une communauté et le niveau

de prise de conscience au sujet des signes avant-coureurs de complications chez le nouveau-né, de sorte à pouvoir planifier les efforts de programme de communication pour le changement des comportements (CCC) au niveau communautaire et à en effectuer le suivi.

Étant donné que la plupart des bébés sont nés à la maison ou sont renvoyés de l'hôpital dans les premières 24 heures, il est essentiel, pour améliorer la survie des nouveau-nés, d'accroître le niveau de prise de conscience au niveau communautaire des signes de complications chez les nouveau-nés. Davantage de bébés meurent dans la première semaine de vie qu'à tout autre moment de l'enfance ; la santé de ceux qui tombent malade peu après la naissance peut se détériorer très rapidement, entraînant leur décès. Il arrivera que les signes avant-coureurs de la maladie chez le nouveau-né ne soient pas reconnus, parce qu'ils sont beaucoup moins prononcés que chez un enfant plus grand ou un adulte. Les membres de la communauté peuvent néanmoins apprendre à reconnaître ces signes et ces symptômes de maladies chez le nouveau-né (Bang et al., 1999).

Les limites de l'évaluation des connaissances au niveau de la communauté sur les signes et les symptômes de maladies chez le nouveau-né sont les mêmes que celles que nous avons définies pour les complications obstétricales. (Nous renvoyons ici à l'indicateur du **Pourcentage du public visé connaissant les trois principaux signes avant-coureurs/de danger des complications obstétricales**).

L'une des principales limitations ici est que le consensus est faible en ce qui concerne les signes et les symptômes auxquels le public général peut se référer pour améliorer le diagnostic précoce de maladies graves au niveau de la communauté. Les algorithmes qui se sont avérés sensibles et spécifiques dans le contexte clinique sont souvent trop compliqués pour être utilisés par le grand public (McCarthy, Lawn et Ross, 2001). Des mesures plus simples seront moins spécifiques et entraîneront un

accroissement du nombre de nouveau-nés recevant des traitements qui ne sont pas nécessaires. Il est cependant préférable d'avoir quelques bébés recevant trop de soins que d'avoir des enfants malades qui ne reçoivent pas assez de soins et en meurent. Les signes avant-coureurs de danger sont, entre autres :

- Une respiration difficile, irrégulière ou rapide (> 60 par minute) ;
- Des difficultés à s'alimenter (moins de la moitié de la consommation habituelle) ;
- Un icter, une pâleur, des saignements ;
- Des convulsions, des spasmes, de l'agitation ;
- Une fièvre avec une température plus élevée que 38° C ou plus basse que 36° C ; et
- Des vomissements verdâtres, l'absence de selles au cours des premières 24 heures de la vie, un abdomen ballonné.

(McCarthy, Lawn et Ross, 2001).

Les programmes visant à accroître le degré de conscience au niveau communautaire concernant la maladie chez les nouveau-nés devraient effectuer des recherches formatives afin de comprendre quels signes de la maladie sont déjà reconnus au sein de la communauté et voir comment adapter des recommandations générales à un contexte donné. Des recherches plus fondamentales seront nécessaires pour parvenir à un consensus au sujet des signes et des symptômes que les personnes qui prennent soin des bébés peuvent reconnaître dans des contextes différents.

Indicateur

POURCENTAGE DE FEMMES ENCEINTES AYANT REÇU AU MOINS DEUX DOSES D'ANATOXINE TÉTANIQUE

Définition

Le pourcentage de femmes enceintes recevant au moins deux doses d'anatoxine tétanique (TT2).

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Total TT2 + TT3+ TT4 + TT5}}{\text{Nombre total de naissances vivantes}} \times 100$$

Ici, TT2, TT3, TT4, TT5 se rapportent à la 2ème, 3ème, 4ème, ou 5ème dose d'anatoxine tétanique prodiguée (OMS, 1999a et c).

Les données nécessaires

À partir des statistiques de service :

Le nombre de doses TT2 + TT3 + TT4 + TT5 données aux femmes enceintes au cours d'une période de référence (habituellement un an)

À partir des enquêtes auprès de la population :

Le nombre de femmes donnant naissance au cours d'une période de référence donnée (par ex., cinq ans) indiquant avoir reçu au moins deux doses d'anatoxine tétanique au cours de leur grossesse la plus récente et le nombre de naissances vivantes au cours de la même période de référence.

Le nombre de naissances vivantes sert de mesure indirecte pour le nombre de femmes enceintes.

Là où les données sur le nombre de naissances vivantes pour le dénominateur ne sont pas disponibles, on pourra calculer une estimation du total du nombre de naissances vivantes en utilisant les données de recensement pour la population totale et les taux bruts de natalité dans une région donnée. *Total attendu des naissances = Population x Taux brut de natalité.*

Dans des contextes où le taux brut de natalité n'est pas connu, l'OMS recommande d'utiliser 3,5 pourcent de la population totale pour obtenir une estimation du nombre de femmes enceintes (*nombre de naissances vivantes ou de femmes enceintes = Population totale x 0,035*) [OMS, 1999a et d]).

Source(s) de données

Les statistiques de service ; les enquêtes auprès de la population.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure du pourcentage de femmes et de naissances prémunies contre le tétanos au moment de l'accouchement, parmi les clientes dans un programme donné ou au sein de la population dans son ensemble.

En général, le tétanos néonatal est fatal. Une femme qui a reçu au moins deux doses d'anatoxine tétanique selon le calendrier de l'OMS¹ acquiert des anticorps qui protégeront son enfant du tétanos pendant les deux premiers mois de la vie. La vaccination contre le tétanos fait partie intégrale de l'ensemble des soins prénatals offertes aux femmes dans la plupart des pays en voie de développement.

De nombreux systèmes d'information sanitaire (SIS) nationaux collectent de façon régulière les données de cet indicateur afin de fournir des estimations du niveau de couverture de TT2+ (deux doses d'anatoxine tétanique) chez les femmes se présentant pour des consultations prénatales (CP). La plupart des enquêtes de grande échelle auprès de la population recueillent aussi des données concernant la couverture auto-rapportée de TT2+.

¹ Données à des intervalles d'au moins quatre semaines, la seconde dose étant administrée avant la 36ème semaine de grossesse.

Note : Des variations au niveau des méthodes employées pour mesurer la couverture de la pratique de TT2+ ainsi qu'au niveau de la définition du numérateur et du dénominateur entraînent des différences au niveau de l'ampleur et de la fiabilité des estimations obtenues. Par exemple, les statistiques de service enregistrent le nombre total de doses d'un vaccin au *cours des 12 derniers mois*, alors que dans les enquêtes, la tendance est d'enregistrer le nombre total de femmes indiquant avoir reçu au moins deux vaccinations *pendant leur grossesse la plus récente au cours d'une période de référence pouvant aller jusqu'à cinq ans*.

Les statistiques de service pourront avoir l'inconvénient d'être incomplètes ou inexactes. (OMS, 1999a). Elles sont aussi sujettes au biais de sélection et ne sont pas représentatives de la population dans son ensemble, en particulier dans les cas où le niveau de couverture des CP est bas. Elles fournissent toutefois le seul moyen d'effectuer le suivi de la couverture sur une base annuelle et pourront être plus fiables que les données auto-rapportées.

Les enquêtes représentent le seul moyen d'obtenir des données sur une couverture à l'échelle de la population ; mais étant donné qu'elles s'appuient sur les réponses fournies par les personnes interrogées, elles sont sujettes au biais de rappel qui risque de s'accroître à mesure qu'augmente la durée de la période de rappel.

Cependant, les deux approches sous-estiment la véritable ampleur de la couverture de la pratique de TT2+, puisque toutes deux excluent les doses de vaccination administrées à un autre moment que celui précisé dans la définition du numérateur, même si ces doses fournissent une protection contre le tétanos. Par exemple, les doses administrées aux enfants ou dans le cadre de campagnes massives de vaccination sont omises.

La promotion de pratiques pour un accouchement et des soins du cordon dans des conditions d'hygiène ainsi que le fait de s'assurer que les femmes sont correctement vaccinées contre le tétanos avant la naissance peuvent empêcher la transmission du tétanos néonatal. La couverture de la pratique de TT2+ devrait aussi être rapportée, ainsi que le nombre de cas de tétanos néonatal et la proportion de naissances vivantes assistées d'une personne qualifiée (en tant que mesure indirecte du nombre de naissances dans des conditions d'hygiène).

Pour la prévention du tétanos néonatal et maternel, l'OMS recommande de donner aux femmes une série de cinq doses d'anatoxine tétanique, avec un intervalle minimum entre chaque dose. Chacune de ces doses augmente le niveau de protection contre le tétanos et compte comme une dose de plus dans le cadre d'un cycle de cinq doses, même si elle est donnée avant le délai recommandé. Une femme qui reçoit cinq doses d'anatoxine tétanique sera complètement immunisée et sera protégée contre le tétanos pour la durée de ses années de procréation.

Tableau III.E.3 La série d'injections d'anatoxines tétaniques recommandées par l'OMS

Dose d'anatoxine tétanique	Donnée	Niveau de protection	Durée de la protection
TT1	Lors du premier contact	Nul	Nul
TT2	Quatre semaines après TT1	80%	3 ans
TT3	Au moins six mois après TT2	95%	5 ans
TT4	Au moins un an après TT3	99%	10 ans
TT5	Au moins un an après TT4	99%	30 ans

POURCENTAGE D'ACCOUCHEMENTS À DOMICILE AVEC DES SOINS APPORTÉS À LA PROPRETÉ DU CORDON OMBILICAL

Définition

La couverture des soins et de la propreté du cordon au moment de l'accouchement à domicile, soit à partir de l'utilisation d'une trousse d'accouchement hygiénique ou d'une lame neuve pour couper le cordon (KPC, 2000).²

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de naissances à domicile avec utilisation d'une trousse d'accouchement hygiénique ou d'une lame neuve}}{\text{Nombre total de naissances}} \times 100$$

En règle générale, les trousses d'accouchements hygiéniques comprennent au moins du savon, une lame de rasoir neuve, des fils de ligature du cordon et une feuille de plastique.

Les données nécessaires

Le nombre de naissances à domicile se déroulant avec l'utilisation d'une trousse d'accouchement hygiénique ou d'une lame propre dans une région géographique donnée, à partir des réponses auto-rapportées de femmes ayant des enfants âgés de 0 à 23 mois, et le nombre de naissances à domicile dans la même région et au cours de la même période.

Là où les données sur le nombre de naissances vivantes pour le dénominateur ne sont pas disponibles, on pourra calculer une estimation du total du nombre de naissances vivantes à partir de la population totale et des taux bruts de natalité dans une région donnée. *Total attendu des naissances = Population x Taux brut de natalité*

C'est dans des contextes où des naissances en milieu médical sont rares que cet indicateur est le plus approprié. Si les naissances en milieu clinique sont nombreuses, il faudrait ajuster le dénominateur en conséquence.

² Disponible en ligne au site : <http://www.childsurvival.com/kpc2000/french.cfm>

Source(s) de données

Une enquête auprès de la population (à l'échelle nationale, régionale ou d'un district).

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure de la couverture des pratiques d'accouchement et de soins du cordon dans des conditions hygiéniques pour les accouchements qui ont lieu en dehors d'un établissement sanitaire.

Dans le monde en développement, le tétanos et la septicémie sont deux causes importantes de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale. Les décès sont le résultat d'une contamination due à un environnement manquant de propreté, mais qui pourraient être empêchés grâce à des améliorations au niveau de l'hygiène et des soins du cordon au moment de l'accouchement. On a pu voir que l'utilisation de trousses d'accouchement hygiéniques et d'une lame neuve pour couper le cordon ombilical permettait de faire diminuer l'incidence d'une simple infection du cordon, mais aucune étude n'en a évalué l'impact sur la mortalité ou les infections plus graves, puisqu'il faudrait pour cela des échantillons très grands (Tsu, 2000). La propreté et les soins du cordon constituent ensemble l'un des éléments clés de l'ensemble de soins essentiels aux nouveau-nés (*Essential Newborn Care Package* [OMS, 1996a]).

Il convient ici d'apporter deux mises en garde. D'abord, les enquêtes qui s'appuient sur le rappel des femmes sur le déroulement de l'accouchement sont sujettes à un biais de rappel susceptible de s'accroître à mesure que s'accroît la durée de la période de rappel. De plus, si l'accouchement a été assisté par une accoucheuse traditionnelle, il se pourrait qu'elle ne sache pas si une trousse d'accouchement hygiénique a été utilisée ni de quelle manière le cordon a été sectionné. Les réponses pourront aussi être affectées par un biais de courtoisie si les répondants sont au courant du fait que les programmes promeuvent certaines pratiques pour l'accouchement.

Il y a de nombreux éléments à considérer pour les soins et la propreté du cordon, ainsi que des indicateurs alternatifs ou complémentaires, parmi lesquels on trouve les suivants :

- Le pourcentage de naissances où le cordon a été coupé avec une lame neuve sur une surface propre ;
- Le pourcentage du public visé connaissant l'importance des soins et de la propreté du cordon ;
- Le pourcentage du public visé ayant l'intention de prêter attention aux soins et à la propreté du cordon lors de leur prochain accouchement ;
- Le pourcentage du public visé exprimant de la satisfaction par rapport à l'utilisation des soins et de la propreté du cordon au cours de leur plus récent accouchement (Koblinsky et al., 1995 ; Tsu, 2000).

En plus d'inclure des pratiques salutaires, certains programmes voudront aussi peut-être effectuer le suivi de la diminution de pratiques pouvant être nocives qui favorisent la transmission du tétanos. Par exemple :

- Le pourcentage de bébés dont le moignon du cordon a été traité avec de la bouse ou des cendres.

POURCENTAGE DE NOUVEAU-NÉS PRIS EN CHARGE PAR UN PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ AU COURS DE LA PÉRIODE POST-NATALE

Définition

Le pourcentage de nouveau-nés pris en charge par un prestataire de soins de santé au cours de la période post-natale.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de nouveau-nés pris en charge pendant la période post-natale par un prestataire de soins de santé}}{\text{Nombre total de naissances vivantes}} \times 100$$

La période post-natale commence une heure après la délivrance du placenta et se termine six semaines plus tard (OMS, 2001b). Pour cet indicateur, quoiqu'elle n'ait pas encore été définie officiellement, on estimera que la période post-natale peut être divisée en trois étapes : (1) la période post-natale immédiate (les 2 premières heures suivant la naissance), (2) la période post-natale précoce (de 2 à 12 heures après la naissance) et (3) la période post-natale tardive (du 2^{ème} au 40^{ème} jour).

Les données nécessaires

Le nombre de nouveau-nés pris en charge pendant la période du post-partum (le numérateur devrait préciser si les nouveau-nés sont examinés pour la première fois ou s'il s'agit d'une visite de suivi) ; toutes les naissances vivantes au cours de la même période.

Il faudrait calculer cet indicateur en précisant l'étape de la période post-natale dont il s'agit (par exemple : le pourcentage de nouveau-nés pris en charge dans les deux jours suivant la naissance).

Source(s) de données

Les statistiques de service ; les enquêtes auprès de la population.

Il arrivera que les SIS de routine recueillent les données de cet indicateur pour en tirer des estimations de la couverture de la prise en charge durant la période post-natale. Les données de routine des services sanitaires manquent en général d'informations sur les grossesses ou les naissances qui surviennent en dehors du secteur public de la santé, par exemple à domicile ou dans des établissements du secteur privé, et devraient donc servir à fournir une estimation du dénominateur.

Là où les données sur le nombre de naissances vivantes pour le dénominateur ne sont pas disponibles, on pourra calculer une estimation du total du nombre de naissances vivantes en utilisant les données de recensement pour la population totale et les taux bruts de natalité dans une région donnée. *Total attendu des naissances = Population x Taux brut de natalité.*

But et questions

Le but principal d'avoir un indicateur sur les soins post-natals est d'apporter des informations sur l'utilisation de ces services et de fournir une mesure de l'accès aux services au cours de la période post-natale.

Davantage de décès surviennent pendant la période post-natale précoce que pendant toute autre période de la vie. On a cependant assez peu porté d'attention à développer des services de soins post-natals, et il n'existe aucune recommandation claire de la meilleure fréquence des visites, du délai, du contenu et de la prestation de soins post-natals. Un consensus est en train d'émerger dans plusieurs domaines. Par exemple :

- Dans le cas idéal, toutes les femmes et leurs nouveau-nés devraient être examinés ensemble pendant la période post-natale/du post-partum, afin de permettre un dépistage précoce et la prise en charge de complications survenant couramment après la naissance et d'apporter des soins préventifs tant à la mère qu'à son enfant (OMS, 1998a ; OMS, 2001a).

- Les soins préventifs apportés aux mères devraient inclure la vaccination contre le tétanos ; l'apport en vitamine A et en fer ; les conseils sur les soins à apporter au nouveau-né, l'hygiène, l'allaitement au sein, la prévention du paludisme et la nutrition. Les soins préventifs apportés aux bébés devraient inclure le BCG précoce, le vaccin antipoliomyélitique et le vaccin contre l'hépatite (OMS, 1998b ; OMS, 2001a) ; et
- S'il n'y a aucun problème, les visites post-natales devraient avoir lieu au bout de 6 à 12 heures, dans un délai de 3 à 7 jours et après 4 à 6 semaines. La priorité la plus importante va à l'examen au cours des premières 24 heures (OMS, 1998a).

De nombreux SIS de routine et beaucoup d'enquêtes auprès de la population recueillent des données sur la couverture des soins post-natales. Le recueil des statistiques annuelles n'est possible qu'à travers les SIS. Des enquêtes sur la couverture des soins post-natales tous les trois à cinq ans sont suffisantes. Une mesure plus fréquente ne serait pas appropriée, étant donné que les erreurs d'échantillonnage font qu'il est difficile de vérifier si les petits changements sont réels ou bien dus à des variations fortuites.

La couverture des soins post-natales devrait réagir aux interventions de programme visant à accroître la couverture dans le court terme.

Il convient de souligner un certain nombre d'éléments supplémentaires au sujet de l'interprétation de cet indicateur.

Premièrement, les comparaisons au niveau international sont rendues difficiles par l'absence d'une définition opérationnelle de ce qui constitue des soins post-natales. Les soins post-natales forment un ensemble de services et ne sont pas une seule intervention. Étant donné que le contenu et la qualité des soins sont susceptibles de varier en fonction du contexte, des taux de couverture semblables ne signifieront pas forcément des niveaux de soins semblables.

Deuxièmement, les taux de couverture des soins post-natales devraient indiquer clairement si les soins ont été apportés surtout à la mère, au bébé, ou aux deux. En effet, il sera difficile de déterminer ce détail par la suite. Par exemple, le questionnaire de l'enquête

démographique et de santé (EDS) actuellement utilisé contient des questions sur les soins du post-partum à la mère, mais pas au bébé, et les SIS de routine ne feront pas forcément cette distinction.

Troisièmement, les données sur la couverture des soins post-natales devraient, dans le cas idéal, être stratifiées en fonction de l'âge du bébé après la naissance, afin d'obtenir une mesure plus précise de l'accès aux services au cours de la période post-natale immédiate. En général, les SIS de routine rassemblent des données sur la couverture des soins post-natales sans préciser à quel moment a eu lieu la consultation.

Pour finir, les enquêtes s'appuyant sur le souvenir qu'aura une femme des événements qui se sont déroulés seront sujettes à un biais de rappel, susceptible de s'accroître à mesure que s'accroît la période de rappel.

POURCENTAGES DE NAISSANCES VIVANTES DE FAIBLE POIDS

Définition

Le faible poids à la naissance (FPN) défini comme correspondant à un poids inférieur à 2 500 g à la naissance.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre total de naissances avec un poids} < 2\,500 \text{ g}}{\text{Nombre total de naissances vivantes}} \times 100$$

Le FPN a deux causes, principalement : la naissance avant terme et le retard de croissance intra-utérine (RCIU). Le FPN est souvent utilisé comme indicateur indirect pour quantifier le degré de RCIU dans les pays en voie de développement, parce qu'une estimation juste de l'âge gestationnel n'est en général pas disponible.

La naissance avant terme : ce terme est employé pour désigner les enfants nés avant 37 semaines de gestation complète. La plupart des nouveau-nés prématurés, mais pas tous, dans les pays en voie de développement pèsent moins de 2 500 g.

Le RCIU : un état dans lequel la croissance du fœtus a été entravée. Dans les pays en voie de développement, la sous-nutrition des mères et leurs problèmes de santé, comme la malaria, l'anémie, et les infections aiguës et chroniques (par ex., des IST) en sont les principales causes.

Les données nécessaires

Le nombre de nouveau-nés pesant moins de 2 500 g à la naissance au cours d'une période de temps donnée (par ex., 12 mois) et le nombre de naissances vivantes au cours de la même période.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de la population ; les données des services sanitaires.

Il arrive que les SIS de routine recueillent des données pour cet indicateur, pour en obtenir des estimations du FPN au niveau des naissances en milieu médical.

But et questions

Environ 1 nouveau-né sur 6, ou 17 millions de bébés naissent chaque année avec un poids de naissance faible. Le poids de naissance faible constitue l'indice le plus important du bien-être et de la survie du nouveau-né. Étant donné que la sous-alimentation maternelle est un déterminant important du FPN, des taux élevés de FPN ne devraient pas être interprétés seulement comme un indicateur de la sous-alimentation, de la morbidité et de la mortalité du nouveau-né, mais aussi comme un indicateur du bien-être de la mère. L'un des objectifs du Sommet mondial des enfants est la diminution de l'incidence du faible poids à la naissance à moins de 10 pourcent (ACC/SCN, 2000a).

Dans les pays en voie de développement, environ deux tiers de cas de FPN sont dus au RCIU, et un tiers est du aux naissances prématurées, même si certains bébés nés avant terme ont aussi un RCIU. En revanche, dans les pays développés, dans la plupart des cas, le faible poids de naissance est le résultat d'une naissance prématurée.

Les bébés nés avec un poids faible sont 10 fois plus susceptibles de mourir que les bébés pesant plus de 3 kg à la naissance. Ils sont aussi plus susceptibles d'être atteints dans leur développement cognitif et de développer des maladies aiguës telles que la diarrhée et la pneumonie dans la petite enfance (ACC/SCN, 2000a).

Il est difficile d'obtenir des estimations fiables du faible poids de naissance au niveau de la population dans son ensemble. Dans de nombreux pays en voie de développement, la plupart des naissances surviennent à domicile et les bébés ne sont pas pesés ; les données disponibles proviennent donc d'une faible proportion des naissances en milieu médical.

Dans beaucoup d'enquêtes auprès des ménages, des données sur le poids à la naissance sont recueillies ; mais comme les poids rapportés renvoient surtout à des naissances survenues en milieu médical, ces données sont aussi sujettes au biais de sélection. Certaines enquêtes auprès des ménages (telles que l'EDS) demandent aux mères de dire si leur bébé était plus petit que la moyenne ou très petit. Lorsqu'elles sont regroupées, ces données peuvent être employées pour parvenir à une estimation du faible poids de naissance à l'échelle nationale. Il est aussi possible de parvenir à des estimations au niveau régional si la taille de l'échantillon est suffisamment importante (Boerma et al., 1996).

Cet indicateur fournit une mesure d'un des objectifs les plus importants fixés par les interventions pour une grossesse sans risque et en santé néonatale : empêcher que le poids à la naissance soit faible. Cependant, parce que le faible poids à la naissance est dû à de nombreux facteurs complexes, les changements à ce niveau ne se produisent que lentement. Il est probablement raisonnable d'effectuer des estimations tous les cinq ans, et cela est compatible avec de nombreuses enquêtes effectuées à grande échelle (par ex., les enquêtes EDS). Il faut que les évaluateurs reconnaissent que cet indicateur n'évoluera que lentement, même en présence d'interventions très bien mises en œuvre.

Voici quelques mises en garde concernant le FPN. Premièrement, les chiffres groupés concernant l'incidence du faible poids de naissance cacheront peut-être des différences importantes entre les sous-groupes à risque. Deuxièmement, le grand nombre des poids de naissance enregistrés en des multiples de 500 g est une pratique commune qui a un effet sur l'incidence du faible poids de naissance. Cette pratique constitue un problème, particulièrement dans le cas de données d'enquête, mais aussi dans une certaine mesure dans le cas de données cliniques.³ Troisièmement, les données d'enquête s'appuient sur ce que les femmes rapportent concernant le poids de naissance de leur enfant et sont sujettes à un biais de rappel. Des études de validation effectuées aux États-Unis mènent à penser que les mères sont en mesure de se souvenir correctement du poids de leur bébé, mais nous ne connaissons pas d'études semblables à grande échelle réalisées dans des pays en voie de développement.

³ Un effet de distortion se produit lorsque les répondants ne connaissent pas le poids exact. Des estimations du poids sont souvent rapportées en fonction de poids de préférence, tels que des multiples de 100 ou de 500 g.

NOMBRE DE CAS DE TÉTANOS NÉONATAL**Définition**

Nombre de cas de tétanos néonatal (TN) survenus au cours d'une année donnée, dans une population définie au préalable, comprenant à la fois les cas suspects et les cas confirmés.

Un cas suspect : tout décès néonatal survenant entre le 3^{ème} et le 28^{ème} jour après la naissance d'une cause inconnue ; ou tout cas de nouveau-né que l'on a rapporté comme ayant souffert de tétanos néonatal entre le 3^{ème} et le 28^{ème} jour après la naissance et qui n'a pas été étudié.

Un cas confirmé : tout nouveau-né avec une capacité normale de succion et de pleur pendant les 2 premiers jours de la vie, et qui entre le 3^{ème} et le 28^{ème} jour ne parvient plus à téter normalement et devient raide ou a des convulsions (ses muscles se contractent), ou les deux.

La classification se fait entièrement en fonction de l'observation clinique et ne dépend pas d'une confirmation en laboratoire. Les cas de TN communiqués par les hôpitaux sont considérés comme étant confirmés (OMS, 1999a).

Les données nécessaires

Le nombre de cas de tétanos néonatal ou de décès dus au TN.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de la population sur les décès dus au TN ; les systèmes de surveillance du tétanos néonatal ; et les enquêtes auprès de la population (couverture de la pratique du TT2+, nombre de naissances vivantes).

But et questions

Le tétanos néonatal est un problème de santé publique très important dans le monde en développement. Chaque année, près d'un demi-million de nourrissons et presque 50 000 mères meurent après avoir contracté

le tétanos au moment de l'accouchement. Présentement, les efforts visent à éliminer le TN d'ici l'année 2005 dans les 57 pays qui rapportent encore des incidences de cette maladie. (Le Programme élargi de vaccination, PEV, définit l'élimination du tétanos comme étant une baisse de l'incidence à moins d'un cas pour 1 000 naissances vivantes dans chaque district de chaque pays concerné [OMS, 1999a]).

Étant donné que le taux de létalité est très élevé dans la plupart des pays en voie de développement, le nombre de cas de tétanos néonatal est souvent fondé sur le nombre exact ou estimé de décès dus au TN.

Dans les pays où la couverture des vaccinations d'anatoxine tétanique (TT+) dépasse 90 pourcent et la proportion d'accouchements effectués dans des conditions d'hygiène est de plus de 80 pourcent, le nombre de cas de tétanos néonatal est pris comme le nombre de décès dus au tétanos néonatal.

Dans les pays où la couverture est faible, une estimation du nombre de cas de TN est fondée sur une estimation du nombre de décès dus au TN calculé à partir du nombre de naissances vivantes, du taux de décès néonataux dus au tétanos (TDNT), de la couverture de la pratique du TT2+ et de l'efficacité vaccinale (EV).

Certains pays réalisent de temps à autre des enquêtes sur les décès dus au TN, même si la plupart des pays avec une proportion élevée de décès dus au tétanos mènent une surveillance de routine dans les régions « à haut risque ». Malheureusement, ces systèmes de surveillance fonctionnent mal, et les cas de tétanos néonatal continuent d'être fortement sous-rapportés. Par exemple, les enquêtes auprès des communautés sur les décès dus au TN suggèrent que les systèmes de surveillance de routine ne détectent que 2 à 8 pourcent de tous les cas (OMS, 1994a). C'est pourquoi l'OMS recommande d'utiliser le mode de calcul suivant dans la plupart des cas.

Nombre de décès néonataux dus au tétanos au cours d'1 année =	Naissances vivantes x TDNT x (1 - TT2 + x EV)
---	---

Où :

TDNT = Taux de décès néonataux dus au tétanos à la base (taux de mortalité dans les cas non vaccinés) ;

TT2+ = Couverture de la pratique de la vaccination d'anatoxine tétanique ; et

EV = Efficacité vaccinale (estimée à 0.95).

Le TDNT utilisé sera la valeur la plus récente rapportée dans chaque pays où une enquête a été réalisée à l'échelle nationale ; si aucune enquête n'a été réalisée, un taux de 1, 5, 10, 15 cas pour 1 000 naissances vivantes est accordé sur la base du TDNT rapporté dans des pays où les facteurs de risque sont semblables. En Amérique Latine, le bureau régional de l'OMS pour les Amériques (AMRO) utilise un facteur de correction pour la sensibilité du système de surveillance pour un ajustement par rapport aux nombres rapportés de décès néonataux dus au tétanos (OMS, 1994b).

Les pays disposant de systèmes de surveillance du TN évaluent les progrès effectués sur une base annuelle. Les enquêtes démographiques servent à évaluer les données obtenues, en fournissant des données sur la mortalité néonatale entre le 4ème et le 14ème jour après la naissance tous les trois à cinq ans.

Il convient de mentionner un certain nombre de mises en garde. Premièrement, cet indicateur montre l'ampleur du problème des décès néonataux dus au tétanos, mais ne fournit pas une estimation précise. Cela provient du fait que les données de surveillance sont fortement sous-rapportées et de nombreuses suppositions inhérentes au calcul de l'OMS. Deuxièmement, étant donné que cet indicateur est rapporté sous la forme d'un nombre plutôt que d'une proportion, les pays avec des taux moins élevés de décès dus au TN, mais une population plus importante, seront classés avant les pays connaissant des taux de mortalité plus élevés. Troisièmement, il arrivera que les données groupées à l'échelle nationale puissent masquer des poches à haut risque dans certains sous-groupes (par exemple, dans les populations rurales ou des groupes des couches les plus défavorisées).

Les systèmes de surveillance qui rapportent le nombre de cas de décès néonataux dus au tétanos devraient aussi donner un pourcentage indiquant le degré d'exhaustivité des données rapportées (le nombre de cas de TN rapportés / le nombre de cas rapportés attendus au cours de la même période). Les décès néonataux dus au tétanos devraient aussi être rapportés conjointement avec la couverture du TT2+ et la proportion de naissances vivantes en présence d'une personne qualifiée (utilisée comme mesure indirecte de la proportion d'accouchements dans des conditions hygiéniques).

Dans les pays où le TN est un problème reconnu, les enquêtes auprès de la population pourront apporter des informations concernant les niveaux et les tendances de la mortalité néonatale. Ces enquêtes fournissent des informations sur la mortalité néonatale dans les 4 à 14 jours suivant la naissance, ce qui constitue un indicateur sensible de la mortalité due au TN (Boerma et al., 1996).

Indicateur

TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE (TMN)

Définition

Le nombre de décès néonataux pour 1 000 naissances vivantes.

On entend par décès néonatal un décès survenant au cours des 28 premiers jours de la vie (entre le jour 0 et le jour 27).

$$\frac{\text{Nombre de décès néonataux}}{\text{Nombre total de naissances vivantes}} \times 1\,000$$

Souvent, le TMN est dissocié en un taux de mortalité précoce et un taux de mortalité tardive. Le taux de mortalité néonatale précoce (TMNP) est calculé de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de décès néonataux entre le jour 0 et le jour 6}}{\text{Nombre total de naissances vivantes}} \times 1\,000$$

Le taux de mortalité néonatale tardive (TMNT) est calculé de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de décès néonataux entre le jour 7 et le jour 27}}{\text{Nombre total de naissances vivantes}} \times 1\,000$$

Les données nécessaires

Le nombre de décès néonataux au sein d'une population donnée et d'une période de référence données et le nombre de naissances vivantes au sein de la même population et de la même période de référence.

Source(s) de données

Les registres d'état civil ; des enquêtes auprès de la population ; les statistiques de service.

Là où les données sur le nombre de naissances vivantes pour le dénominateur ne sont pas disponibles, on pourra calculer une estimation du total du nombre de naissances vivantes en utilisant les données de recensement pour la population totale et les taux bruts de natalité dans une région donnée. *Total attendu des naissances = population x Taux brut de natalité.*

Les SIS de routine peuvent recueillir les données pour cet indicateur permettant d'obtenir des estimations du TMN au niveau clinique. Les données cliniques ne sont pas recommandées pour l'estimation du TMN au niveau de la population dans son ensemble. Cela vient de ce que dans de nombreux contextes, les décès néonataux et les naissances vivantes sont nombreux à survenir en dehors du système sanitaire, ce qui entraînera un biais de sélection considérable.

But et questions

Le TMN est un indicateur de résultat clé dans le domaine des soins du nouveau-né, et il reflète les soins prénatals, au moment de l'intra-partum et du post-partum. De plus, en règle générale, à mesure que les taux de mortalité infantile diminuent, la proportion de décès infantiles survenant au cours de la période post-natale s'accroît. Le TMN est différent du taux de mortalité périnatale, en ce qu'il ne considère que les décès par rapport aux naissances vivantes et recouvre une période plus longue après la naissance. On pense généralement que des informations sur les naissances vivantes seront plus faciles à obtenir que des informations sur les mort-nés et qu'elles sont plus largement disponibles, puisque de nombreuses enquêtes auprès de la population telles que l'EDS ne recueillent en général que des informations concernant les naissances vivantes. Les décès néonataux précoces sont plus fortement associés à des facteurs liés à la grossesse et à la santé maternelle, alors que les décès néonataux tardifs seront davantage associés à des facteurs dans l'environnement du nouveau-né.

Dans de nombreux pays, les données provenant des registres d'état civil ne sont pas assez exhaustives pour permettre une estimation fiable du TMN. Les techniques standardisées de collecte de données sur les naissances vivantes et les décès néonataux ont été largement mises en application dans des programmes tels que l'enquête mondiale sur la fécondité (EMF) et l'EDS. La qualité des données est une question importante. Les problèmes courants sont, entre autres, l'omission de décès — particulièrement de décès néonataux précoces — et le biais de classement des âges rapportés au moment du décès à 7, 28 ou 30 jours.⁴ L'effet de distorsion au niveau de ces chiffres est particulièrement problématique, puisque cela pourra entraîner que des décès néonataux précoces soient inclus dans les décès néonataux tardifs (7 jours) ou que des décès néonataux tardifs soient inclus dans les décès post-néonataux (28 à 30 jours).

De façon générale, les évaluateurs calculent le TMN à l'échelle nationale ou internationale. Ils pourront aussi obtenir des estimations au niveau régional si la taille des échantillons sélectionnés le permet. Le TMN est parfois calculé au niveau clinique dans le but d'effectuer le suivi des effets des accouchements et des soins au nouveau-né dans les établissements sanitaires. On ne pourra obtenir d'estimations fiables pour des établissements individuels que pour les très grands établissements, lesquels pratiquent beaucoup d'accouchements et prennent en charge beaucoup de nouveau-nés.

Le TMN pourra réagir assez rapidement aux interventions d'un programme, par exemple, celle qui requiert de vacciner toutes les femmes enceintes dans une zone de haute prévalence du tétanos. Toutefois, les estimations établies à partir d'enquêtes sont généralement sujettes à des erreurs d'échantillonnage assez importantes rendant impossible de déceler des changements sur une courte période de temps, à moins que ces changements soient assez importants. On notera aussi que les estimations à partir de données d'enquête recouvrent souvent une période de cinq ans précédant l'enquête. Nous recommandons donc de ne pas recueillir d'estimations du TMN à partir de données d'enquête plus souvent que tous les trois à cinq ans.

⁴ L'effet de distorsion se produit lorsque les répondants ne connaissent pas l'âge exact au moment du décès. Des approximations de l'âge au moment du décès sont souvent rapportées à des âges de préférence, tels que 7, 28 ou 30 jours, ce qui entraîne une distorsion de la distribution des âges au décès où trop de décès sont rapportés à ces âges et trop peu juste avant ou après.

Une des limites qu'il convient de noter est que le TMN est sensible aux variations au niveau de la qualité des données. Par exemple, un accroissement du TMN pourra être le signe d'une détérioration des effets en matière de santé du nouveau-né, ou bien le signe d'améliorations dans la façon dont les décès néonataux sont rapportés. Il sera donc essentiel au moment de l'analyse d'évaluer la qualité des données.

Il faudrait aussi apporter beaucoup de soins à l'interprétation des comparaisons d'estimations à partir de données cliniques du TMN, parce qu'au niveau d'un établissement sanitaire, le TMN est très sensible à la composition de la population formant les cas d'accouchement et de nouveau-nés admis. Il ne faudrait pas interpréter un TMN plus élevé dans un établissement comme un signe que les soins aux nouveau-nés y sont pires, parce que le TMN pourra s'accroître ou diminuer en fonction des changements au niveau de la composition des cas. En plus de cela, il arrivera que des changements au niveau des soins prénatals et dans l'intra-partum, ainsi que les progrès en matière de technologie médicale entraînent un accroissement du TMN, parce que les bébés qui sans cela seraient des mort-nés peuvent survivre à l'accouchement pour ensuite décéder pendant la période néonatale. Voilà pourquoi nous recommandons aux évaluateurs de décomposer les estimations du TMN obtenues à partir de données cliniques en fonction du poids de naissance (voir le **Taux de mortalité spécifique en fonction du poids à la naissance**) et en fonction du type d'admission (admission directe ou transfert) comme mesure indirecte de la composition des cas.

TAUX DE MORTALITÉ PÉRINATALE (TMP)

Définition

Le nombre de décès périnataux pour 1 000 naissances vivantes.

Un décès périnatal est la mort du fœtus (mort-né) ou le décès précoce survenant au cours de la période néonatale.

On calcule le taux de mortalité périnatale de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de décès périnataux}}{\text{Nombre total de naissances (mort-nés + naissances vivantes)}} \times 1\,000$$

On entend par incidence de mort-né la mort du fœtus pesant au moins 500 g, ou après au moins 22 semaines de gestation lorsque le poids n'est pas donné (CIM 10).

On entend par décès néonatal précoce la mort d'un nouveau-né dans les 7 premiers jours de la vie (entre le jour 0 et le jour 6).

La façon dont la composante des mort-nés est enregistrée varie beaucoup tant d'un pays à l'autre qu'à l'intérieur d'un même pays, surtout pour les décès survenant entre 22 et 27 semaines de gestation. Pour effectuer des comparaisons au niveau international, l'OMS suggère de n'inclure que les décès de fœtus pesant au moins 1 000 g ou après 28 semaines ou plus de gestation si le poids n'est pas disponible. Pour la présentation du TMP, il faudrait énoncer clairement la définition utilisée pour la mortalité périnatale.

Dans la pratique, dans la plupart des pays en voie de développement, il est difficile d'obtenir des données exactes concernant le poids de naissance ou l'âge gestationnel.

Les données nécessaires

Le nombre de décès périnataux dans une population donnée au cours d'une période de référence donnée (12 mois) et le nombre total de naissances (naissances vivantes + mort-nés) au sein de la même population et au cours de la même période de référence.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de la population ; les registres d'état civil ; les statistiques de service.

Les SIS de routine pourront recueillir les données nécessaires au calcul de cet indicateur, permettant d'obtenir des estimations du TMP au niveau des établissements sanitaires. Nous ne recommandons pas d'utiliser les données cliniques pour estimer le TMP au niveau de la population dans son ensemble. En effet, dans de nombreux contextes, beaucoup de décès périnataux et de naissances vivantes surviennent en dehors du système sanitaire, ce qui entraînera un biais de sélection considérable.

But et questions

Le TMP est un indicateur de résultat clé dans le domaine des soins du nouveau-né, et il reflète les soins prénatals, durant l'intra-partum et à la naissance. On l'a aussi proposé comme mesure indirecte de l'état de santé et de la mortalité maternelle, mais une étude récente a remis en questions son utilisation comme mesure indirecte de la mortalité maternelle (Akalin et al., 1997).

Étant donné que le TMP comprenne tant les décès de fœtus que les décès survenus au cours de la première semaine de la vie, il évite les conflits d'opinion au sujet des signes de vie que le fœtus aurait pu montrer et les divergences entre les pratiques administratives indiquant si un décès devrait être enregistré ou non. Dans de nombreux pays, cependant, les registres d'état civil ne sont pas assez exhaustifs pour permettre d'obtenir une estimation fiable du TMP. Il existe maintenant des techniques pour la collecte de données

sur les mort-nés, les naissances vivantes, et les décès néonataux précoces dans les enquêtes auprès de la population (ce sont les antécédents liés à la grossesse) et elles sont mises en application dans des enquêtes comme l'EDS. Notons toutefois que l'expérience avec les antécédents liés à la grossesse est moins importante que celle avec les antécédents liés à la naissance, à cause des préoccupations concernant la qualité d'antécédents de grossesse rapportés de façon rétrospective. Les problèmes les plus courants liés à la qualité des données comprennent les suivants :

- L'omission de mort-nés et de décès néonataux précoces ;
- La difficulté d'obtenir des informations exactes au sujet de l'âge gestationnel ou du poids de naissance, entraînant des erreurs de classement plaçant les mort-nés avec les avortements spontanés tardifs ; et
- Un biais de classement de l'âge au moment du décès vers 7 jours, menant à une erreur de classement plaçant les décès néonataux précoces avec les décès néonataux tardifs.⁵

Des enquêtes longitudinales auprès de la population de femmes enceintes permettent d'accéder à de meilleures données, mais leur réalisation est coûteuse.

De façon générale, c'est au niveau national que l'on calcule le TMP obtenu à partir d'enquêtes auprès de la population à grande échelle ; on pourra grouper les données des différents pays pour en obtenir une statistique globale ou pour une sous-région des Nations Unies. Il sera aussi possible d'obtenir des estimations à l'échelle régionale, pourvu que les échantillons sélectionnés soient suffisamment importants.

La composante du TMP relative à la période prénatale précoce peut réagir assez rapidement aux interventions d'un programme, en suivant les instructions de « L'ensemble des soins essentiels aux nouveau-nés » de l'OMS, par exemple. La composante relative au mort-né diminuera plus lentement, puisqu'elle dépend davantage d'interventions ayant une influence sur la santé maternelle surtout, et de la disponibilité de

technologies telles que l'accouchement par césarienne. Les estimations à partir de données d'enquête sont généralement sujettes à des erreurs d'échantillonnage assez importantes ; voilà donc pourquoi il est impossible de déceler des changements sur des périodes de temps courtes, à moins que ces changements soient de grande ampleur. On notera aussi que les estimations à partir de données d'enquête recouvrent souvent une période de cinq ans précédant l'enquête. Il ne faudrait donc pas recueillir d'estimations du TMP à partir de données d'enquête plus souvent que tous les trois à cinq ans.

Il convient de mentionner quelques mises en garde. Le TMP est sensible aux changements au niveau de la qualité des données. Par exemple, une hausse du TMP pourrait signifier une détérioration des effets de santé périnatale, mais pourrait signifier aussi une amélioration au niveau de l'exhaustivité des données rapportées sur les décès périnataux. Il sera donc essentiel dans le cadre de l'analyse d'évaluer la qualité des données. Dans ce contexte, les évaluateurs trouvent souvent utile de séparer les deux composantes du TMP, à savoir, la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce. Il y aura en général davantage de problèmes avec la qualité des données sur la mortinatalité que sur les décès néonataux précoces, à cause des difficultés à obtenir l'âge gestationnel et de l'ambiguïté de la définition des mort-nés et des décès fœtaux, lesquels sont moins susceptibles d'être rapportés que le décès faisant suite à une naissance vivante (OMS, 1996b).

Il faudrait prudemment interpréter les estimations à partir de données cliniques du TMP. Le TMP au niveau d'un établissement sanitaire varie en fonction du type d'accouchement qui y est pratiqué. Par conséquent, il peut s'accroître ou diminuer en réaction aux changements liés à la complexité des accouchements pratiqués. Dans de petits établissements, le TMP sera très instable à cause du petit nombre d'accouchements et de décès périnataux ; cet indicateur n'est donc pas efficace pour suivre les changements dans le temps au niveau de l'établissement en question.

⁵ L'effet de distorsion se produit lorsque les répondantes ne connaissent pas l'âge exact au moment du décès. Des approximations de l'âge au moment du décès sont souvent rapportées à des âges de préférence, tels que 7, 28 ou 30 jours, ce qui entraîne une distorsion de la distribution des âges au décès où trop de décès sont rapportés à ces âges et trop peu juste avant ou après.

Indicateur

TAUX DE MORTALITÉ SPÉCIFIQUE EN FONCTION DU POIDS À LA NAISSANCE

Définition

Le taux de mortalité spécifique en fonction du poids à la naissance s'obtient par la stratification des données de la mortalité néonatale groupées en fonction du poids à la naissance (voir l'indicateur sur Taux de mortalité néonatale — TMN). Un exemple de calcul du Taux de mortalité néonatal pour les enfants pesant plus de 2 500 g à la naissance est le suivant :

$$\frac{\text{Nombre de décès néonataux avec un poids à la naissance supérieur à 2 500 g}}{\text{Nombre total de naissances vivantes avec un poids à la naissance supérieur à 2 500 g}} \times 100$$

Et, pour un poids à la naissance en dessous de 2 500 g, le calcul se fait de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de décès néonataux avec un poids à la naissance en dessous de 2 500 g}}{\text{Nombre total de naissances vivantes avec un poids à la naissance en dessous de 2 500 g}} \times 100$$

On pourra calculer des taux de mortalité spécifiques pour les décès périnataux et les mort-nés de la même manière.

Les données nécessaires

Le nombre de décès dans une classe de poids donnée et le nombre total de naissances dans la même classe.

Source(s) de données

Les statistiques de service.

Les SIS pourront recueillir les données pour cet indicateur à travers des systèmes très élaborés.

But et questions

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le poids à la naissance est l'un des déterminants les plus

sensibles de la survie infantile de même qu'un bon déterminant de l'état de santé et du bien-être de la mère. Le taux de mortalité des bébés de faible poids est beaucoup plus élevé que celui des bébés de poids normal. La stratification des décès de nouveau-nés en fonction du poids aide à déterminer la cause du décès et donc d'identifier les points nécessitant une intervention. Par exemple, les décès de très petits bébés sont plus susceptibles d'être rattachés à des causes maternelles prédisposant à un retard de croissance intra-utérine et à la naissance prématurée. Quant aux décès de bébés de poids normal, ils seront plus susceptibles d'être liés à l'asphyxie intra-partum et à des soins obstétricaux de mauvaise qualité. Dans le premier cas, il faudrait que les interventions concentrent leurs efforts sur la mère (en améliorant sa nutrition et en réduisant les infections prénatales), et dans le deuxième cas, elles devraient souligner l'amélioration de la qualité de soins relatifs à l'accouchement. On pourra obtenir des informations supplémentaires en stratifiant le poids de naissance en fonction du moment du décès (voir le tableau III.E.4).

Les évaluateurs ne pourront recueillir les données de ce type d'indicateur que dans des contextes où les bébés sont pesés. C'est donc dans le cadre des établissements de santé que cet indicateur est le plus approprié, mais il a déjà été utilisé au niveau communautaire dans le cadre d'un système de surveillance des soins de santé maternelle et périnatale (McCarthy, Lawn et Ross 2001).

L'une des mises en application de ce genre de décomposition de données est illustrée dans l'étude du nombre de décès intra-partum chez les bébés de poids normal. Si la qualité des soins obstétricaux est bonne (et si les femmes ne se présentent pas dans une phase trop avancée du travail), seulement très peu de décès intra-partum devraient survenir, parce que les accouchements se passent rapidement. Les proportions de mort-nés chez les bébés de poids normal pourront servir d'indicateur indirect de l'asphyxie intra-partum et de la qualité des soins liés à l'accouchement.

Figure III.E.4. Causes de décès potentielles par catégorie d'âge et de poids.

Poids	Décès fœtal	Décès intra-partum	Décès néonatal précoce	Décès néonatal tardif
Moins de 2 500 g	Infection chez la mère, par ex. syphilis, autre IST Complications médicales Hémorragie de l'ante-partum Troubles hypertensifs	Complications du travail avant terme/ RCIU Asphyxie	Complications du travail avant terme/ RCIU Infections	Infections, IRA Complications tardives de la naissance prématurée Tétanos
2 500 g et plus	Infection chez la mère, par ex. syphilis, autres IST, paludisme Complications médicales Hémorragie de l'ante-partum Troubles hypertensifs	Asphyxie et traumatisme à la naissance Infection chez la mère	Asphyxie et traumatisme à la naissance Infection	Infections, IRA Tétanos

Ce tableau est une représentation simplifiée du système « *BABIES* » (pour *B*irth *W*eight, *A*ge at *D*eath, *B*oxes, *I*ntervention, *E*valuation *S*ystem, terme anglais pour poids à la naissance, âge au moment du décès, boîtes, système d'évaluation). On trouvera une explication plus détaillée de cette matrice et des techniques d'interprétation des résultats dans *The Healthy Newborn: A Reference Manual for Program Managers* (McCarthy, Lawn et Ross, 2001).

Partie III.F

La Nutrition des Femmes

- Pourcentage de femmes enceintes prenant au moins un kg par mois au cours des deux derniers trimestres de grossesse
- Pourcentage de femmes en âge de procréer qui ne sont pas enceintes ayant un indice de masse corporelle (IMC) faible
- Pourcentage de femmes ayant une circonférence musculaire brachiale (CMB) faible
- Pourcentage de points de prestation de services disposant de réserves adéquates en suppléments minéraux et de vitamines
- Pourcentage de femmes enceintes qui reçoivent la quantité recommandée de suppléments de fer/d'acide folique pendant la grossesse
- Pourcentage de femmes en âge de procréer souffrant d'anémie
- Pourcentage de femmes vivant dans des ménages utilisant du sel à teneur adéquate en iode
- Pourcentage de femmes qui reçoivent des suppléments de vitamine A lors des visites post-partum
- Pourcentage de femmes ayant une concentration sérique en vitamine A faible
- Pourcentage de femmes souffrant de cécité nocturne au cours de leur plus récente grossesse

LA NUTRITION DES FEMMES

Les carences alimentaires chez la femme diminuent non seulement sa qualité de vie, mais aussi celle de ses enfants, de sa famille et de la communauté, parce que les femmes sont souvent celles qui gagnent le revenu, produisent la nourriture et prennent soin de la famille. Une alimentation adéquate est d'une importance vitale chez les femmes, tant au niveau des résultats de santé en général que de leur santé en matière de reproduction, ainsi qu'à la santé, la survie et au développement de leurs enfants. Pourtant, les programmes pour la nutrition des femmes ne disposent pas des ressources disponibles à d'autres programmes de nutrition et de santé publique. Cela vient en partie de ce que souvent, la sous-alimentation des femmes ne présente pas de signes extérieurs que l'on pourrait remarquer. Souvent, en termes d'argent disponible (que ce soit pour la programmation ou pour l'évaluation), la nutrition est l'un des domaines les moins prioritaires, tout particulièrement dans les cas où les interventions de nutrition sont enchâssées dans des programmes plus vastes de santé anténatale ou de santé maternelle et infantile (SMI). Souvent, c'est vers des questions « plus pressantes » que les décideurs politiques, les élaborateurs de programmes et les prestataires de service orientent leur intérêt et leurs efforts.

Les programmes d'intervention au niveau de la nutrition ont tendance à viser les trois problèmes suivants : (1) les carences alimentaires générales (par ex., un apport en aliments inadéquat), (2) des carences en éléments micronutritifs spécifiques et/ou (3) des maladies influençant directement les effets liés à l'alimentation (par ex., le paludisme, les infections à helminthes). Les stratégies d'intervention servant à aborder les deux premiers problèmes comprennent l'apport en suppléments (compléments alimentaires, éléments micronutritifs), les stratégies de production alimentaires, les stratégies fondées sur les aliments (les manipulations génétiques, les interventions dans le domaine de l'agriculture) et le changement au niveau des comportements alimentaires. Dans les interventions de lutte contre le paludisme et les maladies parasitaires, on trouve des traitements préventifs et thérapeutiques. Les

indicateurs inclus dans cette section reflètent la tendance qu'ont eue les interventions en matière de nutrition jusqu'à présent à promouvoir l'alimentation des femmes comme un moyen d'améliorer les effets liés à la grossesse, plus qu'une fin en soi. Nous nous attendons à certaines adaptations au niveau des indicateurs servant à effectuer le suivi de programmes en nutrition des femmes, au fur et à mesure que les interventions se concentrent de plus en plus sur l'état nutritionnel des femmes. Cela viendra de ce que les avantages d'une meilleure alimentation sur le bien-être de la femme en tant qu'individu ainsi que sur celui de son (ses) enfant(s).

Au niveau des programmes, il y a une conscience croissante du fait que les programmes en santé et nutrition mis en œuvre bien avant que les femmes ne deviennent enceintes auront des impacts à long terme tant chez la mère que chez l'enfant. C'est l'une des raisons pour lesquelles les bailleurs de fonds internationaux ont exprimé un intérêt renouvelé pour les questions relatives à la nutrition et à l'éducation en matière de nutrition chez les femmes. Il faut que les stratégies d'intervention aillent au-delà de l'approche conventionnelle consistant en la prestation de services aux femmes enceintes et aux mères par le biais de programmes traditionnels de soins de santé des mères et des enfants ; elles doivent aussi profiter des possibilités offertes par le biais d'approches communautaires (bénévoles dans les villages, événements communautaires où l'on fera passer des messages relatifs à la santé et à la nutrition). Elles devront aussi relier la nutrition à des initiatives mises en œuvre dans d'autres secteurs (par ex., la vulgarisation agricole, l'éducation, le micro-crédit).

Ce *Compendium* présente la nutrition des femmes comme étant un sujet à part. Pourtant, sur le terrain, les activités de programme incluant la nutrition des femmes sont habituellement intégrées (« emballées ») avec d'autres services sanitaires. En effet, la nutrition des femmes est reliée de façon complexe à d'autres résultats de santé. Par exemple, lorsque des maladies parasitaires et le paludisme diminuent l'état nutritionnel des femmes, l'état de santé

des nouveau-nés en pâtit. Le lien qui existe de façon naturelle entre la nutrition des femmes et la maternité sans risque est d'autant plus renforcé par la réalité des programmes où les consultations prénatales permettent à l'établissement de santé publique d'atteindre des femmes enceintes en âge de procréer par le biais d'autres interventions sanitaires. L'état nutritionnel d'une femme influence aussi la capacité qu'a son corps de lutter contre des infections, y compris les infections opportunistes liées au VIH. La prévalence du SIDA dans une région donnée, à son tour, aura une influence sur l'état nutritionnel d'une femme, si la population est décimée à un point tel qu'elle ne peut plus accomplir les tâches ménagères les plus élémentaires à cause de la maladie, de la fatigue, de la perte de revenus, et des dépenses de santé accrues.

La nutrition joue aussi un rôle clé dans les programmes de santé des adolescents. Les apports nutritionnels pendant l'enfance et l'adolescence ont un effet direct sur la santé et le bien-être à toutes les étapes de la vie. Les filles qui reçoivent une bonne alimentation réussissent mieux à l'école et ont une capacité plus accrue pour les activités physiques que les filles sous-alimentées. Une nutrition adéquate pendant l'enfance décidera aussi de la possibilité qu'aura une jeune femme d'atteindre ses années de procréation avec un poids et un état nutritionnel lui permettant d'avoir un enfant en bonne santé. De plus, c'est davantage auprès des jeunes femmes que les interventions se rapportant à la nutrition semblent être plus efficaces lorsqu'il s'agit de modifier des comportements ; les changements de comportement induits par les investissements dans des programmes visant la jeunesse seront donc plus durables.

Dans cette section, nous nous concentrerons sur deux types de résultat : ceux que l'on peut mesurer au niveau du programme (par ex., les résultats chez les clientes ou d'autres données cliniques) et ceux mesurés auprès de la population. Étant donné que pour les derniers, il faut des données issues d'enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS), d'enquêtes de Connaissance, pratiques et couverture (CPC) et des enquêtes du type EDS ou d'autres enquêtes représentatives de la population dans la zone d'activité du projet, les organisations disposant de peu de ressources humaines ou financières pour l'évaluation de programmes trouveront peut-être impossible de rassembler des données de population. Tout comme dans d'autres domaines de la santé de la reproduction, les données de programme et les données de population peuvent fournir des informations très différentes en ce qui concerne la couverture. Par exemple, les différentes

données pourront indiquer de façon simultanée un taux de couverture élevé de l'apport en suppléments pour les femmes enceintes fréquentant les cliniques de consultations prénatales, mais une couverture très faible pour les femmes enceintes au niveau de la population dans son ensemble (si relativement peu de femmes se sont présentées à des consultations prénatales). Dans le cas d'indicateurs indiquant que leurs données sont issues tant de données de programme que de données de population, il convient de prendre en compte cette mise en garde.

Cette section ne couvre pas de façon explicite les indicateurs les plus utiles à des fins de diagnostic ou de dépistage (c.-à-d., visant à identifier les populations ayant besoin de compléments alimentaires). Deux indicateurs cependant pourront servir à cela : le **Pourcentage de femmes en âge de procréer qui ne sont pas enceintes ayant un indice de masse corporelle (IMC) faible** et le **Pourcentage de femmes ayant une circonférence musculaire brachiale (CMB) faible**. Nous incluons deux marqueurs biologiques — la concentration sérique en vitamine A et l'hémoglobine — que les programmes disposant d'un budget suffisant pour la collecte de telles données pourront trouver utile de mesurer. Cependant, de nombreux programmes pourront choisir de les laisser de côté, puisqu'ils pourront, au moment de la collecte de données, s'avérer plus coûteux, prendre plus de temps et poser plus de difficultés logistiques que d'autres indicateurs relatifs à la nutrition. On s'attend à ce que des priorités d'intervention différentes, telles que l'utilisation de complexes de vitamines ou de suppléments en calcium, prennent une place importante au cours des années à venir. Cependant, étant donné le caractère encore très expérimental de ces interventions, nous n'avons pas inclus d'indicateurs s'y rattachant dans ce *Compendium*.

Au niveau des programmes, la nutrition des femmes est différente d'autres domaines de la SR, en ce sens que les chaînes de causalité sont plus longues et plus complexes, ce qui provient en partie de facteurs de confusion de nature biologique. En soi, le fait d'atteindre les membres du public visé grâce à une intervention ne constitue pas une garantie que l'effet souhaité se produise. Dans les programmes de planification familiale, il est sous-entendu qu'en utilisant correctement une méthode efficace de contraception, une femme évitera de tomber enceinte. En revanche, dans le cas de la nutrition des femmes, une femme amaigrie et son enfant maigre auront peut-être besoin de l'énergie apportée par les aliments, mais ne pas parvenir à réagir à un apport alimentaire plus important

à cause d'une infection au VIH, de la tuberculose ou de mauvaise assimilation des éléments nutritifs. Ainsi, lorsque les planificateurs de programme conçoivent les programmes et les évaluateurs les évaluent, ils doivent préciser la nature des effets voulus et l'ampleur des effets attendus, en tenant compte des facteurs conjoncturels. C'est ensuite que les indicateurs sont sélectionnés.

La sélection des indicateurs dépend du type de programme en question : programme national ou de petite échelle, pilote ou en cours. Dans le domaine de la nutrition des femmes, les études pilotes formatives continuent de jouer un rôle essentiel dans la compréhension de la nature multicausale de la plupart des problèmes relatifs à la nutrition, et les indicateurs fondés sur les données biochimiques pourront être très utiles dans ce contexte. De telles mesures seront peut-être moins pratiques dans le cadre de programmes nationaux. L'EDS a cependant démontré la faisabilité de la collecte d'échantillons en utilisant la technique du prélèvement de sang au doigt par une lancette stérilisée pour mesurer la prévalence de l'anémie au niveau national.

Lorsque cela est possible, il faudrait rechercher des données qui existent déjà ou qui seront recueillies dans le contexte d'enquêtes de plus grande ampleur en utilisant des méthodes de collecte de données largement acceptées, telles que les enquêtes EDS, MICS, ou CPC. Même si très peu de recherches ont mis à l'épreuve la validité et la capacité de réaction des indicateurs sur la nutrition des femmes, une analyse réalisée aux Philippines (Adair, 1998) démontre l'utilité et l'importance de ce type de recherches.

Le fait d'avoir inclus la question de la nutrition des femmes dans le *Compendium* reflète l'intérêt croissant que les professionnels de la santé de la reproduction portent à ce sujet. À mesure que les programmes conçus pour améliorer la nutrition des femmes deviennent répandus, la science utilisée pour l'évaluation de ces programmes se développera en conséquence. En attendant que l'intérêt pour l'évaluation dans ce domaine s'accroisse, nous délimiterons un certain nombre de défis méthodologiques pour l'évaluation des programmes de nutrition pour les femmes.

Les défis méthodologiques de l'évaluation des programmes pour la nutrition des femmes

- **L'évaluation dans le domaine de la nutrition est complexe à cause de la présence de déterminants multiples.**

De nombreuses autres sections du *Compendium* débattent du problème de l'établissement d'un lien de causalité entre l'intervention en question et le résultat espéré. Ce défi se présente aussi dans le cas de programmes pour la nutrition des femmes, à cause de la nature multisectorielle des déterminants d'une nutrition appauvrie ainsi que du fait des interventions nécessaires à améliorer l'état nutritionnel. Le fait que les interventions en matière de nutrition soient rarement menées de façon isolée des autres programmes complique encore davantage l'établissement d'un lien définitif de cause à effet.

- **Les limites d'inclusion pour les indicateurs sur l'état nutritionnel de la femme peuvent varier en fonction de la phase où elle se trouve dans le cycle reproductif (pendant la grossesse et la lactation).**

Un indicateur idéal de l'état nutritionnel d'une femme devrait avoir les mêmes limites d'inclusion, ou du moins, des limites d'inclusion clairement définies, pour les différents moments du cycle reproductif de toutes les femmes en âge de procréer au sein d'une population donnée. Ce n'est cependant souvent pas le cas. Par exemple, il n'existe pas d'accord clairement établi concernant les limites d'inclusion pour l'indice de masse corporelle (IMC) pendant la grossesse et la lactation. De plus, pour appliquer des limites d'inclusion, il faut savoir si une femme est enceinte ou non, ce qui est parfois impossible dans le cadre de programmes.

- **Étant donné que les programmes avec pour but précis d'améliorer l'état nutritionnel des femmes ont été peu nombreux, l'évaluation de programmes dans ce domaine est aussi relativement peu développée.**

C'est en grande partie en réponse aux critiques soulignant les millions de dollars dépensés dans ce domaine et remettant en question l'efficacité des programmes à atteindre des résultats que l'évaluation des programmes en planification familiale s'est développée. En revanche, en ce qui concerne la nutrition des femmes, un travail considérable a démontré l'efficacité de certains traitements, mais l'effort d'évaluation a été bien moindre en ce qui concerne l'efficacité des interventions au niveau des programmes. L'une des raisons possibles est que les programmes pour la nutrition des femmes n'ont pas été défiés de prouver leur efficacité en termes d'effets de santé (même si l'évaluation des interventions utilisant les micronutriments constitue en quelque sorte une exception à cette généralisation). Qui plus est, étant

donnés les niveaux plutôt faibles de financement dans ce domaine, peu de personnes ont préconisé d'allouer le peu de ressources disponibles à des méthodes sophistiquées d'évaluation. La tendance a été d'allouer les fonds disponibles aux activités de programme plutôt qu'à la collecte et à l'analyse de données.

Pour une grande part, jusqu'à présent, l'évaluation d'interventions en matière de nutrition des femmes a consisté en des mesures de processus et de sortie (par ex., le nombre de causeries organisées, le nombre de femmes se rendant au centre de santé, le nombre de compléments alimentaires distribués). Là où les ressources sont limitées, ces mesures sont utiles pour le suivi des activités de programme et, (dans le cas de suppléments micronutritifs), elles servent de moyen indirect d'obtenir des mesures au niveau de la population, tout particulièrement en l'absence de mesures d'effet. Ces mesures de processus et de sortie ne sont cependant qu'aussi efficaces que les systèmes d'informations de gestion dont elles sont issues. Les indicateurs présentés dans ce *Compendium* vont au-delà des processus, aux résultats attendus des programmes, que ce soit au niveau du programme ou au niveau de la population.

Organisation de cette section

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les programmes de nutrition des femmes visent à (1) améliorer l'état nutritionnel général en accroissant l'apport calorique, en diminuant les dépenses d'énergie ou en assurant de meilleurs soins, (2) fournir des suppléments micronutritifs ou assurer l'accès à des aliments fortifiés — surtout en fer, en iode et en vitamine A (et plus récemment, des suppléments à micronutriments multiples), et (3) prendre en charge les maladies ayant un impact direct sur les résultats en matière de nutrition, telles que le paludisme ou les infections à helminthes. Les femmes (et leurs enfants) qui bénéficient de ces efforts tendent à être celles qui sont éligibles dans une région géographique ou une zone administrative données ou bien des clientes d'une ONG particulière. Les indicateurs présentés dans cette section fournissent des informations utiles au sujet des éléments suivants :

1. La performance du programme lorsqu'il s'agit de fournir ces services (les sorties mesurées au niveau du programme) ;
2. Les résultats atteints au niveau de l'état nutritionnel
 - (a) Chez les femmes qui participent au programme (les sorties mesurées au niveau du programme), et/ou

- (b) Parmi les sous-groupes les plus pertinents du public dans son ensemble (les effets mesurés au niveau de la population, par le biais d'enquêtes sur échantillon représentatif).

Les indicateurs **de performance** compris dans cette section représentent les interventions les plus répandues dans le domaine des programmes en matière de nutrition des femmes visant les femmes pendant la grossesse et la période du post-partum.

Les interventions pour les femmes enceintes comprennent, entre autres, les éléments suivants :

- Les suppléments en fer/acide folique (et, là où approprié, les suppléments en micronutriments multiples) ;
- La prophylaxie antipaludique ;
- Un traitement antihelminthique ; et
- Un accroissement des apports alimentaires.

Les interventions pour les femmes dans la période du post-partum sont, entre autres :

- Les suppléments en vitamine A ;
- Les suppléments en fer/acide folique ; et
- Un accroissement des apports alimentaires.

Les indicateurs visant à mesurer les **résultats** de ces interventions auprès des clientes et/ou des sous-groupes appropriés de femmes dans la population dans son ensemble, comprennent, entre autres :

Pour toutes les femmes :

- L'indice de masse corporelle (pour déceler les femmes maigres et celles qui ont une surcharge pondérale) ;
- La circonférence musculaire brachiale (CMB) ;
- La disponibilité de sel iodé dans la maison ; et
- Le rétinol sérique.

Pour les femmes enceintes :

- Un gain de poids d'au moins un kilo par mois au cours des deux derniers trimestres de la grossesse ; et
- La cécité nocturne (indiquant une carence en vitamine A).

Le tableau III.F.1 qui suit offre un survol de cette section. Les indicateurs sont agencés en fonction du type d'intervention (les programmes visant à accroître l'apport

calorique et les suppléments micronutritifs, y compris en fer, en iode, en vitamine A, ainsi que la fortification en iode). Les indicateurs relatifs à la prophylaxie ou au traitement préventif du paludisme et des infections à helminthes sont pertinents à cette section, mais apparaissent dans la Partie III.D, sur la maternité sans

risque. Au niveau de chaque type d'intervention, les indicateurs fournissant une mesure de la performance du programme sont présentés en premier, suivis par ceux qui fournissent une mesure de l'état nutritionnel chez les clientes et/ou au niveau des sous-groupes de femmes issues de la population dans son ensemble.

Tableau III.F.1. La nutrition des femmes : interventions par type, indicateurs de la performance du programme, et indicateurs de l'état nutritionnel

Type d'intervention	Mesures de la performance du programme (titres abrégés)	Les résultats en termes d'état nutritionnel (titres abrégés)
Interventions visant à l'accroissement des apports énergétiques		Gain de poids d'au moins 1 kg/mois chez les femmes enceintes L'indice de masse corporelle (trop de poids, pas assez de poids) La circonférence musculaire brachiale
Les suppléments micronutritifs <ul style="list-style-type: none"> • Fer • Iode • Vitamine A 	Le caractère adéquat des réserves au niveau des PPS (fer, iode, vitamine A) Suppléments en folate de fer au cours de la grossesse (la plus récente) Le pourcentage de femmes vivant dans un ménage disposant de sel iodé Suppléments en vitamine A lors des consultations dans le post-partum	Pourcentage de femmes anémiées Pourcentage de femmes avec une concentration sérique en vitamine A faible Pourcentage de femmes souffrant de cécité nocturne au cours de la grossesse la plus récente
Prise en charge de maladies ayant un impact direct sur les résultats en matière de nutrition <ul style="list-style-type: none"> • Paludisme • Infections à helminthes 	Pourcentage de femmes recevant un traitement au cours de la grossesse Pourcentage de femmes recevant un traitement au cours de la grossesse	

Indicateur

POURCENTAGE DE FEMMES ENCEINTES PRENANT AU MOINS UN KG PAR MOIS AU COURS DES DEUX DERNIERS TRIMESTRES DE GROSSESSE

Définition

Le pourcentage de femmes prenant au moins 1 kg par mois au cours du deuxième ou au début du troisième trimestre de grossesse (Krasovec et Anderson, 1991a et 1991b).

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes prenant au moins 1 kg par mois au cours des deuxième et troisième trimestres de grossesse}}{\text{Nombre total de femmes enceintes}} \times 100$$

Les données nécessaires

Deux enregistrements ou plus du poids, effectués après le troisième mois de grossesse.

Source(s) de données

Les statistiques de service, les fiches prénatales, ou d'autres dossiers cliniques ; l'examen d'un échantillon de dossiers maintenus à domicile.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure du poids pris au cours de la grossesse, l'un des facteurs les plus cruciaux pour déterminer les résultats liés à la naissance et à l'état nutritionnel des mères pendant la grossesse. Un gain de poids sera particulièrement important pour les femmes dont le poids est trop faible avant la grossesse et pour les femmes qui sont enceintes pendant des temps de stress nutritionnel aigu, tels que des famines ou des disettes. Les femmes à poids insuffisant (avec un indice de masse corporelle < 18,5) devraient prendre entre 12,5 et 18 kg au cours de la grossesse pour réduire le risque d'avoir des bébés de faible poids à la naissance (FPN) (IOM/NAS1990). En moyenne, les gains de poids chez les femmes dans les pays en voie de développement (de 5 à 9 kg) sont bien en dessous de ces recommandations, et bien plus faibles que les moyennes chez les femmes dans les pays développés (10,5 à 13,5 kg). Au minimum, les femmes devraient prendre au moins 1 kg par mois

au cours des deux derniers trimestres. Un rapport de l'OMS (1995a) indique qu'une prise de poids plus élevée, de 1,5 à 2 kg par mois, améliore les effets chez le petit enfant (FPN et RCIU).

Une prise de poids faible au cours de la grossesse est liée au FPN, au retard de croissance intra-utérine, à la durée de la gestation, à la mortalité fœtale et néonatale, et à l'état nutritionnel de la mère durant la période du post-partum.

Ce qui fait la force de cet indicateur, c'est qu'il montre l'importance des soins prénatals réguliers et de haute qualité, par le biais de multiples consultations prénatales. De plus, il concentre l'attention et les soins, tant de l'agent de santé que de la femme, sur la prise de poids et les moyens de favoriser cette prise de poids plutôt que de simplement déterminer l'état nutritionnel maternel à un moment donné.

La limitation la plus importante de cet indicateur est que la population couverte ne représente pas forcément pleinement la population visée, parce que dans beaucoup de pays en voie de développement, seulement un très petit pourcentage de femmes se présente régulièrement aux consultations prénatales. Celles qui s'y présentent souvent tendent à être soit des femmes présentant des complications liées à la grossesse, soit des femmes d'un statut socio-économique plus élevé et plus éduqué. La difficulté à effectuer le suivi de la nutrition maternelle au cours de la grossesse réside dans le fait que de nombreuses femmes ne reçoivent pas de soins prénatals, ou qu'elles n'ont qu'une consultation prénatale vers la fin de la grossesse.

Cet indicateur est utilisé le plus souvent par des ONG ou des organisations bénévoles privées travaillant dans une région géographique limitée. Les évaluateurs ont des difficultés à obtenir ces informations dans les pays en voie de développement à partir de centres de santé importants qui conservent des dossiers prénatals. Une balance pour adultes et des fiches prénatales sont essentielles à l'obtention de ces informations.

POURCENTAGE DE FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER QUI NE SONT PAS ENCEINTES AYANT UN INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC) FAIBLE

Définition

L'indice de masse corporelle (IMC), à savoir le rapport entre le poids et la hauteur (kg/m²), mesure les carences énergétiques chroniques ou la « maigreur » chez les femmes qui ne sont pas enceintes.

La limite d'inclusion standard pour les femmes qui ne sont pas enceintes, et donc pas en lactation, âgées de 15 à 49 ans, tel qu'établi par le Groupe consultatif international sur l'énergie alimentaire est un IMC de 18,5.

Des affinements supplémentaires des niveaux de déficience énergétique chronique (DEC) sont les suivants :

- Niveau I : 17 à 18,4 (légère) ;
- Niveau II : 16 à 16,9 (modérée) ;
- Grade III : < 16 (sévère)
(James et al., 1988).

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes qui ne sont pas enceintes dont l'IMC est inférieur à 18,5}}{\text{Nombre total de femmes qui ne sont pas enceintes âgées de 15 à 49 ans}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les poids (en kilos) et les hauteurs (en mètres, au carré) des femmes en âge de procréer qui ne sont pas enceintes.

Source(s) de données

Les enquêtes auprès de la population.

But et questions

L'avantage de l'IMC, une mesure largement acceptée de la carence en énergie chez les femmes, sur le rapport poids/hauteur en tant que mesure de la maigreur, est qu'il ne nécessite pas de tableaux de référence pour

l'interpréter. Cette mesure pourra cependant présenter des difficultés pour le personnel sur le terrain travaillant pour des programmes de prestation de services à cause de calculs mathématiques requis. Des outils (par ex., des tableaux, des roues) ont été créés pour aider à faire ces calculs.

Des changements rapides au niveau des mesures anthropométriques résultant de la croissance soudaine qui se produit au moment de l'adolescence compliquent l'évaluation de l'état nutritionnel chez les femmes âgées de moins de 18 ans ; (ils augmentent la variance au niveau de l'IMC). Malgré cette mise en garde, l'IMC n'en reste pas moins une mesure recommandée pour utilisation avec les adolescentes. Un (autre) indicateur qui se rattache à l'IMC est le poids d'une femme, celui-ci reflétant les problèmes nutritionnels tant aigus que chroniques. La limite d'inclusion permettant d'identifier les femmes qui sont sous-alimentées est de 45 kg (ACC/CAN, 1992).

Étant donné que l'IMC varie en fonction de la forme du corps ou de l'indice de Cormic (la hauteur assise divisée par la hauteur debout), d'aucuns ont avancé que les données sur la hauteur assise devraient être recueillies là où possible et que l'IMC devrait être ajusté en fonction de l'indice de Cormic. D'autres considèrent cependant que cet ajustement est difficilement applicable, du fait que le calcul de l'IMC même pose un défi méthodologique à certains agents sur le terrain.

Il faudrait faire preuve de prudence lors de l'interprétation des résultats anthropométriques chez les adultes, puisqu'il n'y a pas assez de données d'effet validées pour permettre d'en interpréter les résultats. Il faudrait décomposer les données par âge et selon que les femmes sont en lactation ou non.

Même si cet indicateur précise qu'il s'applique aux femmes qui ne sont pas enceintes, l'IMC est aussi couramment utilisé pour identifier les femmes qui ont besoin de prendre davantage de poids au cours de la

grossesse, afin d'améliorer les effets sur l'enfant (faible poids à la naissance, retard de croissance intra-utérine, et mortalité périnatale). On l'utilise aussi pour le suivi des femmes au cours de la grossesse.

Un autre indicateur offrant une alternative à l'IMC dans des situations où il est difficile d'obtenir des données sur le poids et la hauteur est la circonférence du bras (CMB), fondée sur une seule mesure anthropométrique. (Prière de se référer à l'indicateur suivant, le **Pourcentage de femmes ayant une circonférence musculaire brachiale faible**).

L'IMC est aussi utile à l'identification des femmes qui ont une surcharge pondérale (IMC > 25 kg) ; une personne avec un IMC > 29 est considérée obèse (IOM, 1990). La prévalence de surcharge de poids chez les femmes est en train de s'accroître rapidement dans certains pays en voie de développement. Nous n'avons cependant pas connaissance d'interventions à grande échelle visant à faire diminuer le pourcentage de femmes ayant une surcharge pondérale dans un pays en voie de développement évalué sur la base de l'IMC. C'est pourquoi nous n'incluons pas l'IMC comme indicateur distinct dans le cadre de ce *Compendium* pour mesurer la surcharge pondérale.

Cet indicateur et la question du genre

Le fait de limiter l'apport en aliments au cours de la grossesse est une pratique culturelle sexiste qui, en théorie, se rattache à l'idée qu'en limitant la prise de poids on limite la circonférence de la tête du bébé, pour avoir un accouchement moins difficile. Cette pratique se présente surtout dans des contextes tels qu'au Sud-est de l'Asie, où les femmes mangent le moins et en dernier, même si elles ne sont pas enceintes. Ainsi, il arrive souvent que les femmes entament leur grossesse en étant sous-alimentées et qu'elles le deviennent de plus en plus tout au cours de la grossesse. En réalité, les femmes enceintes sous-alimentées courent un risque bien plus élevé d'effets de grossesse négatifs que les femmes suffisamment nourries. Elles sont plus susceptibles d'avoir une carence en vitamine A et d'être anémiques, deux états qui augmentent aussi le risque de morbidité et de mortalité chez la mère et chez le fœtus. Certains nutritionnistes croient qu'il est bon de limiter la prise de poids pendant la grossesse ; il se pourra aussi qu'ils utilisent cette explication pour sauver la face si les femmes sont pauvres et dans l'impossibilité de manger plus. Il faudrait plus d'efforts pour éduquer les maris, les belles-mères et les communautés du fait que les femmes enceintes devraient manger davantage, pas moins, et que les aliments nourrissants profitent tant à la mère qu'au fœtus et mènent à de meilleurs effets au moment de la naissance.

POURCENTAGE DE FEMMES AYANT UNE CIRCONFÉRENCE MUSCULAIRE BRACHIALE (CMB) FAIBLE

Définition

Le pourcentage de femmes ayant une circonférence musculaire brachiale (CMB ou *Middle Upper Arm Circumference* « MUAC » en anglais) inférieure à 22,5 cm (ACC/SCN, 1992).

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes ayant une circonférence musculaire brachiale inférieure à 22,5 cm}}{\text{Nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans}} \times 100$$

Les données nécessaires

Une mesure de la circonférence du bras chez les femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans).

Source(s) de données

Des enquêtes EDS ou d'autres enquêtes auprès de la population : l'enquête CPC₂₀₀₀ comprenant la collecte de données sur le pourcentage de mères ayant des enfants de moins de deux ans qui ont une CMB faible.

But et question

La CMB est une mesure anthropométrique utilisée avant tout à des fins de sélection, parce qu'elle ne change que lentement au niveau de la population. Toutefois, elle pourra être utile à l'évaluation de l'impact d'interventions au niveau d'une population (délimitée) donnée.

La mesure de la circonférence musculaire brachiale constitue une mesure anthropométrique utile, parce qu'elle s'obtient facilement dans des contextes cliniques, comme dans le cadre d'enquêtes auprès de la population. Les rubans à mesurer sont faciles à transporter et peu onéreux, et des personnes peu éduquées (par ex., des agents de travail communautaires, des accoucheuses traditionnelles) peuvent apprendre à prendre cette mesure correctement. Non seulement la mesure de la circonférence du bras permet de recueillir des données

utiles, mais elle permet aussi de sensibiliser davantage les personnes concernant l'état nutritionnel parmi celles qui participent à l'étude. Dans les contextes où les ressources et l'infrastructure sont limitées, la circonférence du bras pourra être le seul indicateur anthropométrique pouvant être utilisé. Un avantage supplémentaire est que l'on peut utiliser la même valeur de limite d'inclusion pour définir la sous-alimentation chez les femmes enceintes que chez celles qui ne le sont pas, puisque les valeurs ne changent que légèrement pendant la grossesse.

La CMB est utilisée avant tout à des fins de dépistage plutôt qu'à des fins d'évaluation. Elle est rattachée au poids d'avant la grossesse et pourra être utile à identifier les femmes enceintes chez qui il y a risque de RCIU, tout particulièrement là où des balances ne sont pas disponibles (OMS, 1995a). Là où elle est utilisée, il faudrait décomposer les données en fonction de l'âge et de l'état en termes de procréation.

Des valeurs de limites d'inclusion entre 21 et 23,5 sont invariablement liées à un risque biologique de FPN et de mortalité fœtale et infantile en Asie et en Amérique Latine ; les données ne sont pas disponibles pour l'Afrique. Une plus ample validation de la CMB est nécessaire.

Indicateur

POURCENTAGE DE POINTS DE PRESTATION DE SERVICES DISPOSANT DE RÉSERVES ADÉQUATES EN SUPPLÉMENTS MINÉRAUX ET DE VITAMINES

Définition

Par « réserves adéquates », on entend la disponibilité et la qualité de suppléments minéraux / vitaminiques (fer, iode, vitamine A) disponibles aux points de prestation de services (PPS) au moment où les données sont recueillies. Pour calculer le degré d'adéquation, les évaluateurs déterminent le nombre de doses individuelles (par jour ou à d'autres intervalles) de suppléments de qualité acceptable par rapport à la population desservie. Il faudrait faire les calculs séparément pour chaque type de supplément (fer, iode et vitamine A), puisque la fréquence des doses nécessaires et, de ce fait, la quantité nécessaire, dépend du supplément en question (par ex., les doses de supplément de fer sont journalières alors que la vitamine A dans le post-partum se donne en une seule dose).

La qualité des réserves en suppléments minéraux ou vitaminiques (en fer, iode, acide folique et vitamine A) est considérée comme acceptable si les suppléments sont correctement étiquetés, s'ils ne sont pas périmés, et s'ils sont entreposés dans les conditions climatiques et d'éclairage recommandés. Il faudrait évaluer le niveau d'adéquation séparément pour chaque supplément, puisque certains produits sont souvent difficiles à obtenir dans un pays donné (par ex., le fer ou l'acide folique), alors que dans d'autres pays, il est plus facilement disponible (par ex., la vitamine A, fournie par l'UNICEF).

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de PPS disposant de réserves adéquates en suppléments minéraux/vitaminiques de qualité}}{\text{Nombre total de PPS}} \times 100$$

Les données nécessaires

Un décompte du nombre de PPS dans la zone desservie ; un décompte de la clientèle potentielle dans la zone desservie par chaque PPS ; un décompte des unités de chaque supplément notées dans une liste

selon la forme sous laquelle se présente le supplément (par ex., fer : comprimés et gouttes ; iode : comprimés et injections ; vitamine A : capsules à dosage faible et élevé) de qualité acceptable dans le PPS ; la quantité des réserves de chaque minéral ou vitamine en termes de « doses individuelles » ; et le nombre de doses de chaque supplément considérées comme étant (a) suffisamment bien entreposées et (b) d'un niveau de qualité adéquat (voir les définitions opérationnelles fournies ci-dessous).

Source(s) de données

Les dossiers du programme indiquant le nombre de PPS et la population dans la zone desservie ; et un inventaire de chaque PPS (étude spéciales) ainsi que l'inspection de chaque unité de suppléments afin de déterminer le nombre de suppléments qui sont d'un niveau de qualité acceptable.

But et questions

C'est un indicateur important au niveau du programme pour évaluer dans quelle mesure les PPS disposent de suppléments qui sont à la fois disponibles et d'un niveau de qualité acceptable pour répondre aux besoins nutritionnels des clientes. Pour que cet indicateur soit utile, il faut que les évaluateurs définissent la mesure de ce qui est « adéquat » et de ce qui est « de qualité suffisante ». L'un de ces éléments mesure si la quantité est suffisante en estimant la taille de la zone desservie et du sous-groupe dans cette zone ayant un besoin potentiel pour le supplément en question. On calcule ensuite la quantité moyenne requise pour chaque supplément par bénéficiaire au sein de la population cible au cours d'une période référence donnée. Cette approche permet une estimation brute de la « quantité suffisante » pour chaque supplément. Il n'y a pas de norme universellement acceptée lorsqu'il s'agit de mesurer si les réserves sont adéquates ; les évaluateurs devraient cependant prendre en compte le type de supplément en question, la fréquence des réserves, et la quantité disponible dans le PPS lorsqu'ils définissent le niveau d'adéquation.

Certains critères de qualité s'appliquent à tous les trois suppléments :

- Les suppléments devraient être correctement étiquetés (avec le nom du supplément, le volume, l'utilisation, le dosage, les contre-indications médicales, et la date d'expiration) ;
- Les suppléments ne devraient pas être périmés ; et
- Les suppléments devraient être entreposés dans un endroit frais, sec, dans les conditions précisées par les fabricants.

Des critères supplémentaires pour la qualité s'appliquent aussi à des suppléments précis, comme suit :

- Le fer : les comprimés et les gouttes de fer sont considérés acceptables si au moins 90 pour cent des comprimés dans le flacon sont intacts, et si les autres recommandations du fabricant concernant les conditions d'entreposage correctes sont respectées ; et
- Vitamine A : on considèrera que la qualité des suppléments de vitamine A est acceptable s'ils sont entreposés à l'abri de la lumière à une température entre 0°C et 30°C, et si la vitamine A sous forme liquide est jetée si le flacon a été ouvert pour plus de deux mois.

Cet indicateur exige que les suppléments répondent aux deux critères de quantité adéquate et de qualité suffisante. On évaluera donc les résultats de ces deux facteurs de façon simultanée pour déterminer si un PPS dispose de « réserves adéquates ».

Cet indicateur fournit une mesure de la présence de produits dans les établissements de prestation de services. Il n'offre cependant pas une mesure de la distribution efficace de ces produits aux personnes à qui ils sont destinés. Le degré de sensibilisation, la motivation, et la formation du personnel auront une influence considérable sur ce processus.

Un indicateur de processus supplémentaire pour le niveau d'adéquation des réserves est la fréquence des ruptures de stock (c.-à-d., le pourcentage de PPS connaissant une rupture de stock en suppléments au moins une fois au cours d'une période de 12 mois).

Pour une discussion plus élaborée au sujet des indicateurs sur les produits et la logistique, voir la Partie II.E.

Indicateur

POURCENTAGE DE FEMMES ENCEINTES QUI REÇOIVENT LA QUANTITÉ RECOMMANDÉE DE SUPPLÉMENTS DE FER /D'ACIDE FOLIQUE PENDANT LA GROSSESSE

Définition

Le pourcentage de femmes qui reçoivent des suppléments de fer ou d'acide folique conformément aux politiques ou aux protocoles locaux en place.

L'USAID (1999b) recommande de prendre au moins 90 comprimés de fer/d'acide folique pendant la grossesse. D'un autre côté, les recommandations de l'IVACG, l'OMS et l'UNICEF (1998) préconisent que les femmes enceintes reçoivent des suppléments de fer/d'acide folique pendant au moins six mois au cours de la grossesse (et pendant trois mois supplémentaires post-partum si la prévalence de l'anémie liée à la grossesse est supérieure à 40 pour cent).

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes enceintes qui reçoivent des comprimés de fer/d'acide folique}}{\text{Nombre total de femmes enceintes}} \times 100$$

Les données nécessaires

Des informations sur le nombre de femmes enceintes à qui on a donné des comprimés de fer/d'acide folique au cours de la dernière grossesse ; le nombre de comprimés distribués ; et le nombre de femmes qui ont donné naissance au cours de la période référence en question.

Source(s) de données

Les statistiques de programme (la source la plus courante) ou les enquêtes auprès de la population.

But et questions

Cet indicateur permet de voir dans quelle mesure les femmes qui donnent naissance au cours d'une période de référence donnée reçoivent la quantité minimum de comprimés de fer/d'acide folique sous forme de comprimés, conformément à la politique local en vigueur ou aux normes internationales. Si la source de données

se trouve dans les enquêtes auprès de la population, il faudrait que l'évaluateur fasse le calcul de cet indicateur pour la grossesse la plus récente.

À l'échelle mondiale, la carence en fer est la carence nutritionnelle la plus courante, et les femmes enceintes sont particulièrement vulnérables. Les femmes enceintes ont besoin de fer pour soutenir l'accroissement du volume sanguin, pour répondre aux besoins placentaire et du fœtus, et pour remplacer le sang perdu pendant l'accouchement. Le fœtus dépend des réserves en fer de la mère pour créer ses propres réserves en quantités suffisantes. Ce facteur, associé au fait que le fer présent dans le lait maternel est très assimilable, permet de couvrir les besoins en fer d'un nourrisson de poids de naissance normal pendant les premiers six mois de sa vie. La supplémentation en fer est particulièrement recommandée au cours des deuxième et troisième trimestres, lorsque les réserves en fer s'épuisent au cours de la grossesse (Whitney, Cataldo, et Rolfes, 1998).

L'anémie est définie comme étant une concentration anormalement faible en hémoglobine dans le sang. Les conséquences en sont la fatigue, la faiblesse, des maux de tête, l'apathie, la pâleur, et une faible résistance au froid. Étant donné que les femmes enceintes sont particulièrement vulnérables, il est particulièrement important de leur fournir des suppléments en fer/en acide folique. Une supplémentation au début de la grossesse est souhaitable, tout particulièrement là où les niveaux de carence sont élevés.

Les recherches effectuées laissent aussi entendre que les suppléments en acide folique pris au moins un mois avant la conception et tout au long du premier trimestre de grossesse peuvent prévenir les anomalies du tube neural. De telles anomalies peuvent entraîner des infirmités et le décès de l'enfant, qui surviennent généralement pendant les premières semaines de la grossesse avant même que la femme puisse se rendre compte qu'elle est enceinte.

Cet indicateur englobe l'aspect relatif à la distribution de suppléments en fer/ en acide folique, mais ne recouvre pas la consommation elle-même. Il faut que les clientes reçoivent les conseils appropriés indiquant pourquoi et comment prendre des suppléments en fer/acide folique.

Un autre indicateur se rapportant au caractère adéquat du programme lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins de clientes spécifiques est le suivant :

- Le nombre de comprimés distribués par cliente éligible.

Indicateur

POURCENTAGE DE FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER SOUFFRANT D'ANÉMIE

Définition

Le pourcentage de femmes en âge de procréer qui sont anémiques, c'est-à-dire que leur niveau d'hémoglobine est inadéquat.

L'OMS (2000b) a défini l'anémie légère, modérée ou sévère en fonction des niveaux d'hémoglobine (en g/dl) suivants utilisés comme limites d'inclusion :

	Légère	Modérée	Sévère
Enceinte	10 à 10,9	7,0 à 9,9	<7,0
Pas enceinte	11 à 11,9	8,0 à 10,9	<8,0

En bref, les femmes enceintes ayant un niveau d'hémoglobine de moins de 11g/dl et les femmes qui ne sont pas enceintes ayant un niveau de moins de 12g/dl sont considérées comme étant anémiques.

Note : On pourra utiliser la teneur moyenne en hémoglobine (une variable continue) au lieu des catégories ci-dessus de légère, modérée ou sévère (la même information sous forme catégorique).

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Le nombre de femmes qui sont anémiques}}{\text{Le nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les mesures de la concentration en hémoglobine prélevées auprès d'un échantillon de femmes en âge de procréer (ou de femmes incluses dans le système de surveillance), incluant tant les femmes enceintes que celles qui ne le sont pas.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de la population ou des données de surveillance.

But et questions

L'anémie est un état caractérisé par un nombre insuffisant de globules rouges dans le sang ou par une quantité inadéquate d'hémoglobine, ce qui empêche le corps de fonctionner correctement. L'hémoglobine est une protéine présente dans les globules rouges et qui transporte l'oxygène vers le cerveau, le système musculaire, le système immunitaire ainsi que vers d'autres parties du corps. Des quantités inadéquates d'oxygène diminuent les capacités physiques et mentales des individus.

Plus de 40 pour cent des femmes qui ne sont pas enceintes et 56 pour cent des femmes enceintes dans les pays moins développés sont anémiques (ACC/SCN, 2000b). Dans les pays industrialisés, l'anémie affecte aussi les femmes, en particulier celles dont la condition socio-économique est peu élevée. La carence en fer est la principale cause de la plupart des cas d'anémie dans les contextes de pauvreté. Une perte progressive des réserves en fer entraînant une carence en fer au niveau des tissus précède l'existence d'une anémie ferriprive. Outre celle en fer, d'autres carences nutritionnelles (par ex., en acide folique, en vitamine B12, et en vitamine A) peuvent entraîner une anémie, tout comme des facteurs d'ordre autre que nutritionnel, tels que les infections aiguës et chroniques (paludisme, ankylostomiase, VIH) et des états d'ordre génétique tels que la thalassémie ou la drépanocytose.

Divers facteurs peuvent exercer un effet sur les estimations de la prévalence de l'anémie ; il s'agit, entre autres, du sexe, de l'âge, du fait d'être enceinte ou non, et de l'altitude. Il faudra donc ajuster les données de niveau individuel en fonction de ces facteurs. Parmi les femmes en âge de procréer, les adolescentes et les femmes enceintes sont celles qui courent le risque le plus élevé d'anémie : les adolescentes, à cause du début des menstruations, et les femmes enceintes à cause du volume sanguin accru lié à la grossesse. L'anémie ferriprive sévère chez les femmes enceintes est liée à un risque accru de mortalité et de morbidité maternelle et fœtale, ainsi que de retard de croissance intra-utérine (OMS, 2000b).

Des tests en laboratoire supplémentaires, tels que la ferritine sérique et/ou un décompte d'agents paludiques et d'œufs de parasite, sont nécessaires afin de déterminer si la carence en fer est la « cause » principale de l'anémie. Ces tests sont toutefois souvent difficiles à effectuer sur le terrain. Jusqu'à ce qu'un test de mesure simple, d'un bon rapport coût-efficacité, soit disponible à grande échelle et applicable au niveau des programmes, la prévalence et la distribution de l'anémie continuera d'être utilisée pour estimer l'étendue, les tendances et la gravité de l'anémie et de l'anémie ferriprive au niveau de la population.

Cet indicateur est aussi utile au suivi de sous-groupes de la population (par ex., les femmes enceintes, les femmes en lactation, les femmes qui reçoivent des soins prénatals, les femmes qui reçoivent des soins dans le post-partum) et pour l'évaluation d'interventions s'adressant à ces sous-groupes. Les données devraient être décomposées en fonction de l'âge et de l'état relatif à la procréation.

Cet indicateur et la question du genre

Il peut y avoir des tabous alimentaires liés au genre contribuant à des niveaux d'anémie élevés en empêchant les femmes d'avoir accès aux aliments riches en fer. De plus, il arrive que les normes sociales dictent dans quel ordre les membres de la famille mangent, limitant de ce fait l'accès des femmes à ces aliments. Il est possible qu'il leur soit difficile de trouver des compléments de folate de fer si elles n'ont pas la liberté de se déplacer aux points de distribution ou si elles n'ont pas accès aux ressources financières du ménage permettant de se rendre aux points de distribution ou d'acheter les produits.

Indicateur

POURCENTAGE DE FEMMES VIVANT DANS DES MÉNAGES UTILISANT DU SEL À TENEUR ADÉQUATE EN IODE

Définition

Cet indicateur, fournissant une mesure du pourcentage de femmes qui vivent dans des ménages utilisant du sel iodé, est une mesure indirecte du nombre de femmes recevant des quantités suffisantes d'iode.

Par « sel à teneur adéquate en iode », on entend du sel contenant 15+ ppm d'iode.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes qui vivent dans un ménage disposant de sel contenant 15+ ppm d'iode}}{\text{Nombre total de femmes}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les résultats des tests effectués sur le sel de ménage utilisé pour la cuisine et/ou le sel de table.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de la population auprès des ménages ; les tests effectués dans les ménages utilisant du sel iodé font partie du questionnaire central des enquêtes démographiques et de santé (EDS) et d'autres enquêtes, telle que l'enquête MICS.

But et questions

Les troubles liés à la carence en iode (TCI) sont prévalents dans le monde entier et touchent plus de 570 millions de personnes, essentiellement dans des pays en voie de développement. (OMS, 1993). Les interventions se rapportant aux TCI visent souvent les femmes en âge de procréer à cause du besoin accru en iode pendant la grossesse. La carence en iode pendant la grossesse peut entraver le développement du fœtus, et de ce fait, entraîner un retard mental et physique extrême et irréversible connu sous le nom de crétinisme (Whitney, Cataldo, et Ross, 1998). Le fait d'avoir une carence légère est très répandu, et il est probable que les effets en soient néfastes.

Le but de cet indicateur est d'évaluer la disponibilité de sel à teneur en iode adéquate au sein d'une population donnée. Le sel est le principal condiment utilisé par tous les peuples du monde. L'iodation du sel constitue donc le moyen le plus efficace de s'assurer que la population reçoive des quantités suffisantes d'iode. De plus, l'iodation du sel est relativement facile à pratiquer et peu coûteuse.

Cet indicateur sert de mesure indirecte pour savoir si une population souffre ou non des carences en iode, étant donnée la difficulté d'obtenir cette information à partir d'enquêtes de grande échelle. Là où les données le permettent, il sera utile de décomposer les résultats par zone géographique ou écologique et par groupe socio-économique.

POURCENTAGE DE FEMMES QUI REÇOIVENT DES SUPPLÉMENTS DE VITAMINE A LORS DES VISITES POST-PARTUM

Définition

Le pourcentage de femmes, qu'elles allaitent ou non, qui reçoivent deux doses fortes (200 000 UI par dose) de suppléments de vitamine A dans les six mois suivant l'accouchement.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes recevant deux fortes doses de suppléments dans les six mois suivant l'accouchement}}{\text{Nombre total de femmes qui donnent naissance au cours d'une période de référence donnée}} \times 100$$

Les données nécessaires

Le nombre total de naissances au cours d'une période de référence donnée et le nombre de femmes recevant deux fortes doses de suppléments de vitamine A dans les six mois suivant l'accouchement.

Source(s) de données

Les statistiques du programme (source habituelle) ou les enquêtes auprès de la population, telles de l'enquête MICS, l'EDS et l'enquête CPC (source alternative possible).

But et questions

La supplémentation en vitamine A pendant la période de lactation accroît (et maintient) la concentration en vitamine A dans le lait maternel des femmes ayant une carence en vitamine A. Les mégadoses de vitamine A, cependant, peuvent aussi nuire au fœtus ; les femmes pouvant devenir enceintes ne devraient donc pas recevoir de vitamine A.

Divers groupes d'experts ont des avis divergents au sujet des critères définissant la période inféconde « sans risque » après la grossesse pendant laquelle une dose relativement forte de vitamine A peut être donnée. Par exemple, le document de 1998 de l'OMS/MI sur le

dosage sans risque de vitamine A à donner pendant la grossesse et la lactation recommande, pour les régions d'hyperendémicité de l'avitaminose A, que les mères allaitantes reçoivent 200 000 UI de vitamine A dans les huit semaines suivant l'accouchement – à condition que la femme ne soit pas enceinte. Les femmes qui ne sont pas en train d'allaiter peuvent sans aucun risque recevoir un supplément dans les six semaines suivant l'accouchement. Ce niveau de supplémentation accroîtra et conservera le contenu en vitamine A du lait maternel ; elle compensera aussi les effets de la lactation sur les réserves en vitamine A de la mère. (ACC/SCN, 1994). La consultation informelle sur la supplémentation en vitamine A de l'IVACG à Yverdon, en Suisse, recommande un dosage plus fort (400 000 UI), de préférence en deux doses dans les six (pour les mères qui n'allaitent pas) à huit (pour mères qui allaitent) semaines. Pour éviter toute confusion parmi les agents sanitaires au sujet de la période inféconde sans risque, l'OPS préconise actuellement que toutes les mères prennent deux doses du supplément (200 000 UI par dose, avec au moins 24 heures entre chaque dose) dans les six semaines suivant l'accouchement (OPS, 2001). Cette recommandation est aussi celle de l'UNICEF.

Les évaluateurs calculent habituellement cet indicateur à partir de statistiques de service, mais on pourra aussi l'obtenir pour la population dans son ensemble à partir d'enquêtes auprès de la population. On devrait décomposer les résultats selon qu'il s'agit de femmes en lactation ou non (pour s'assurer que le programme touche les deux groupes), ainsi que selon que les répondantes sont en milieu urbain ou rural, et selon le statut socio-économique, si les nombres le permettent.

L'un des problèmes pouvant survenir lors du calcul de cet indicateur est qu'il arrive que les clientes accouchent à un endroit différent de celui où elles reçoivent les suppléments. Si l'indicateur se fonde sur un chiffre pour l'ensemble du district, il sera généralement plus précis que s'il se fondait sur des données provenant de cliniques particulières. De la même manière, il est

essentiel de préciser si l'indicateur fournit une mesure des suppléments distribués par des travailleurs de proximité aux mères qui accouchent à domicile, ou seulement de ceux qui sont distribués aux points de prestation de service.

On pourra adapter cet indicateur pour qu'il se rapporte à toutes les femmes, et non seulement à celles en période de post-partum, afin d'évaluer les interventions s'adressant à toutes les femmes par le biais de programmes tels que les « Jours santé » ou les « Journées nationales de vaccination ».

Un autre indicateur de la capacité d'un programme à répondre aux besoins de clientes spécifiques est le nombre de capsules distribuées par cliente éligible.

POURCENTAGE DE FEMMES AYANT UNE CONCENTRATION SÉRIQUE EN VITAMINE A FAIBLE

Définition

Le pourcentage de femmes chez qui le niveau sérique en vitamine A (rétinol) est de moins de 1,05 umol/l.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes avec un niveau sérique en vitamine A} < 1,05 \text{ umol/l}}{\text{Nombre total de femmes}} \times 100$$

Les données nécessaires

Niveaux de rétinol sérique. (Note : les niveaux de plasma donnent des résultats comparables, OMS, 1996c).

Source(s) de données

Les enquêtes auprès de la population.

But et questions

Le rétinol sérique a été l'indicateur le plus utilisé lors de l'évaluation biochimique du niveau de vitamine A. Des méthodes sont maintenant disponibles pour mesurer le rétinol sérique grâce à un prélèvement au doigt par une lancette stérilisée (les techniques utilisées sont la CLHP sur 50 uL de sérum et la méthode de taches de sang (« *dry-blood-spot*, » en anglais ; d'autres méthodes sont en train d'être développées).

En ce qui concerne la validité, le rapport entre le rétinol sérique et les réserves en vitamine A tel qu'indiqué par réserves totales du corps est complexe et non-linéaire. La vitamine A circule dans le sang sous forme de rétinol attaché à la protéine porteuse qui lui est propre, la protéine de transport du rétinol (« *retinol binding protein* – RBP, » en Anglais). Le niveau de rétinol dans le sang est sous contrôle homéostatique sur un vaste ensemble de réserves corporelles et ne reflètent les réserves du corps que lorsqu'il est très faible ou très élevé. Étant donné que la RBP est une protéine de phase aiguë, les infections aiguës et chroniques peuvent rendre difficile l'interprétation des niveaux de rétinol sérique.

La concentration sérique n'est donc pas un indicateur valide de l'avitaminose A chez les individus, mais une distribution des fréquences en rétinol sérique pourra apporter des informations au niveau de la population (OMS, 1996c).

Il est essentiel de recueillir des échantillons sanguins pour cet indicateur. Étant donné que la facilité à recueillir ces échantillons varie en fonction du contexte (par ex., cela s'avère particulièrement difficile dans des populations à haute prévalence du VIH), l'aspect pratique de cet indicateur est limité.

Les seuils d'inclusion pour le rétinol sérique pour indiquer qu'il y a avitaminose A ont été établis de façon plus précise pour les enfants que pour les femmes. Pour les adultes, le seuil d'inclusion est généralement de 1,05 umol/l, même si certains ont utilisé le même seuil d'inclusion que celui recommandé pour les enfants, de 0,7 umol/l. La plus importante justification de cette limite d'inclusion se fonde sur des données issues de l'enquête NHANES auprès de la population des États-Unis présentée par Pilch (1987). Cette étude laisse entendre que les niveaux de rétinol sérique s'accroissent avec l'âge ; pour les personnes âgées de 8 à 74 ans, les concentrations entre 0,7 et 1,05 umol/l pourront s'améliorer avec une consommation accrue de vitamine A, et certaines personnes présentant ces concentrations pourront faire preuve d'un affaiblissement de leurs fonctions physiologiques. On trouvera peut-être prudent, dépendamment du but de l'enquête, de présenter les données en utilisant les deux seuils d'inclusion, ce qui permettra d'effectuer des comparaisons avec les résultats de pratiquement toutes les enquêtes.

Une autre mesure des niveaux de vitamine A chez les femmes en lactation se fonde sur la concentration en vitamine A dans le lait maternel. Le rétinol contenu dans le lait maternel est utile à l'évaluation des interventions relatives à la vitamine A, puisqu'il a été démontré que c'était l'indicateur biochimique le plus sensible pour

mesurer l'impact de ces interventions (Stoltzfus et Underwood, 1995). Les difficultés d'ordre logistique à maintenir l'échantillon à la température requise font qu'il est moins faisable d'utiliser cet indicateur dans le cadre d'enquêtes de grande échelle auprès de la population. C'est pourquoi nous n'avons pas inclus la concentration en vitamine A dans le lait maternel comme indicateur séparé dans ce *Compendium*.

POURCENTAGE DE FEMMES SOUFFRANT DE CÉCITÉ NOCTURNE AU COURS DE LEUR PLUS RÉCENTE GROSSESSE

Définition

Le pourcentage de femmes qui ont souffert de cécité nocturne au cours de leur grossesse la plus récente.

La cécité nocturne maternelle est marquée par une vision scotopique (c.-à-d., permettant de s'ajuster à une lumière faible) affaiblie pendant la grossesse qui se représente fréquemment au cours de grossesses répétées et parfois s'étend jusque dans la période du post-partum. (Christian et al., 1998a).

Un taux de prévalence de la cécité nocturne chez les femmes enceintes de plus de cinq pour cent indique que la carence en vitamine A est un problème relevant de la santé publique dans la population en question.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes qui ont souffert de cécité nocturne pendant leur dernière grossesse}}{\text{Nombre total de femmes qui ont déjà été enceintes}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses des femmes interrogées sur leur état pendant leur plus récente grossesse. Dans des régions où l'on constate des cas de cécité nocturne, il faudra mener des recherches de type qualitatif afin de déterminer quels termes ou descriptions de symptômes sont utilisés localement pour la cécité nocturne dans cette région. Il faudra faire une distinction entre la vision affaiblie dans l'ombre et celle en plein jour.

Source(s) de données

Les enquêtes auprès de la population (par ex., l'EDS, l'enquête MICS).

But et questions

La cécité nocturne chez les mères constitue un indicateur de carence grave en vitamine A. Les informations concernant la validité de cet indicateur proviennent

surtout d'une étude d'apport à faible dosage en vitamine A ou en bêta-carotène chez les femmes en âge de procréer au Népal (West et al., 1999).

Un élément soutenant sa validité en tant qu'indicateur de l'état du niveau de vitamine A chez la mère est que la cécité nocturne pendant la grossesse a été fortement associée à un niveau de rétinol faible dans le sérum et dans le lait maternel, à une cytologie anormale du tissu conjonctif, et à une mauvaise adaptation à l'obscurité (Christian et al., 1998a). De plus, l'incidence de la cécité nocturne a décliné de deux tiers grâce à des apports en suppléments de vitamine A montrant un lien de causalité entre la cécité nocturne et une déficience en vitamine A. (Christian et al., 1998b).

Les femmes souffrant de cécité nocturne encourent des risques beaucoup plus élevés au niveau de leur santé et de leur survie que celles qui n'en souffrent pas. Dans l'étude réalisée au Népal, les femmes enceintes rapportant des problèmes de cécité nocturne étaient plus susceptibles d'être anémiques, malades, sous-alimentées et se nourrissant d'une alimentation plus pauvre (Christian et al., 1998a). Leur risque de mortalité était aussi plus élevé que pour les autres (Christian et al., 2000). La cécité nocturne maternelle a été associée à un risque quatre fois plus élevé de mortalité quelle qu'en soit la cause pendant les deux ans qui suivent la cécité nocturne.

Il est facile d'obtenir des antécédents au sujet de la cécité nocturne lorsqu'il existe un terme local pour parler de cet état, mais il faudra poser des questions sur ces antécédents sous une forme standardisée. Ceux qui analysent les données devront exclure les cas de cécité nocturne qui rapportent aussi des problèmes de vision en plein jour. Étant donné que la cécité nocturne tend à se présenter vers la fin de la grossesse, les enquêtes visant à la mesurer chez les femmes présentes au moment de l'enquête obtiennent généralement une sous-estimation de la prévalence. En prenant en compte les autres caractéristiques de cet état, Christian (2000) a proposé de n'obtenir les antécédents sur la cécité nocturne que

de femmes dont la dernière grossesse s'est terminée par une naissance vivante, et que cette question ne se limite qu'aux naissances qui sont survenues au cours des trois dernières années.

Étant donné les risques en termes de santé et de survie associés à la cécité nocturne, les cas identifiés au cours des consultations prénatales devraient être traités immédiatement (l'OMS recommande un traitement avec 10 000 UI par jour ou 25 000 UI par semaine pour une période allant jusqu'à trois mois).

La cécité nocturne maternelle fait maintenant partie du questionnaire central des enquêtes EDS. De ces données découlent deux indicateurs : le pourcentage de femmes rapportant avoir souffert de cécité nocturne au cours de leur grossesse la plus récente (au cours des trois ou cinq dernières années) et le taux ajusté du pourcentage de femmes qui rapportent souffrir de cécité nocturne à l'exclusion de celles qui indiquent avoir des problèmes de vision pendant la journée. Dans les pays à faible prévalence (moins de cinq pour cent), étant donné qu'il est difficile de trouver un terme local très largement reconnu, il faudra que les enquêteurs soient bien formés pour décrire correctement l'état en question. Dans les cas de faible prévalence de la cécité nocturne, il faudra peut-être des échantillons importants pour permettre de déceler les changements à l'échelle de la population.

Des données récentes issues d'enquêtes EDS dans plusieurs pays d'Afrique ont permis d'identifier des prévalences de la cécité nocturne plus faibles que celles auxquelles on s'attendait à la lecture d'autres indicateurs mesurant le niveau de vitamine A au sein de ces populations. La limite d'inclusion fixée à cinq pour cent, pour la prévalence de la cécité nocturne maternelle utilisée pour vérifier s'il y a déficience en vitamine A au sein d'une population, était fondée en grande partie sur des données recueillies en Asie. Au moment où nous écrivions ce *Compendium* (version en anglais), des travaux supplémentaires étaient en cours pour vérifier que cette limite d'inclusion est adéquate et confirmer le processus d'ajustement pour cet indicateur en Afrique.

Partie III.G

L'Allaitement au Sein

- ❑ Initiation à l'allaitement au sein au moment opportun : pourcentage des nourrissons de 0 à <12 mois qui ont été mis au sein en deçà d'une heure après l'accouchement
- ❑ Taux d'allaitement maternel exclusif (AME) : pourcentage des nourrissons de 0 à < 6 mois qui ont été nourris exclusivement au sein
- ❑ Taux d'alimentation complémentaire commencée au bon moment : pourcentage de nourrissons de 6 à < 10 mois ayant reçu du lait maternel et des aliments solides et/ou semi-solides
- ❑ Taux d'acceptation de la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (AL) : pourcentage de femmes éligibles qui utilisent la méthode de l'AL comme méthode de planification familiale
- ❑ Taux d'utilisation de la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (AL) : pourcentage des femmes en âge de procréer qui utilisent l'AL comme méthode de planification familiale

Au cours des dernières années, les connaissances scientifiques sur l'allaitement au sein les mécanismes physiologiques qui le sous-tendent, et la pratique en tant que telle, ont connu une grande avancée. La recherche épidémiologique a démontré clairement que l'allaitement au sein est bénéfique à la santé en général, à la croissance et au développement des nourrissons, en baissant de manière significative le risque pour un grand nombre de maladies aiguës et chroniques. Le risque d'infections causées par la diarrhée et celui d'infections respiratoires aiguës—les deux affections les plus mortelles chez les nouveau-nés—est beaucoup plus bas chez les nourrissons exclusivement nourris au sein que chez ceux qui reçoivent des aliments en plus du lait maternel au cours des premiers mois de leur existence. L'allaitement au sein stimule leur système immunitaire et leur réaction aux vaccinations, et il leur apporte toutes sortes d'enzymes et d'anticorps favorables à la santé. L'allaitement au sein est la méthode idéale pour nourrir et prendre soin des nouveau-nés. Un dernier avantage de l'allaitement exclusif est qu'il empêche la mère de tomber enceinte jusqu'à six mois après l'accouchement, si elle ne recommence pas à avoir ses menstruations.

Même si, en matière de protection de la survie de l'enfant les bienfaits de l'allaitement au sein sont reconnus, dans le domaine de la mortalité infantile les changements restent difficiles à mesurer et peuvent difficilement être attribués à des programmes d'interventions spécifiques. Et, si les activités de sensibilisation des programmes de santé génèrent des attitudes favorables envers l'allaitement au sein, la conscience de l'importance d'y avoir recours exclusivement et du support pour les mères qui désirent le mettre en pratique, l'évaluation et/ou l'interprétation de chacun de ces résultats reste elle aussi difficile et ne reflète pas toujours la réalité. Les indicateurs des pratiques actuelles d'allaitement au sein par contre sont relativement faciles à mesurer et reflètent bien les transformations résultant des activités des différents programmes.

L'allaitement maternel exclusif de 0 à < 6 mois suivie d'une forme d'alimentation complémentaire

Les pratiques d'alimentation des nouveau-nés sont fondamentales pour la survie, la croissance, le développement, la santé et la nutrition des nourrissons et des enfants où qu'ils soient. Aussi, la durée maximale de la pratique exclusive de l'allaitement au sein est-elle une question de santé publique. Alors que chacun s'accorde à reconnaître la nécessité de l'allaitement au sein comme pratique exclusive, on débat encore pour déterminer à quelle période la poursuivre.

Au début des années 2000, l'OMS a commandé une revue systématique de la littérature scientifique publiée sur la poursuite de l'allaitement au sein à l'exclusion de tout complément alimentaire ; plus de 3 000 références ont été identifiées et soumises à une évaluation externe. L'opération a consisté en un processus global d'évaluation par des pairs et suivi d'un recensement des techniques par un groupe d'experts de l'allaitement maternel réunis à Genève (28-30 mai, 2001). Les résultats de ce compte-rendu ont été rapportés auprès de la 54^{ième} Assemblée mondiale de la santé de mai 2001. Les conclusions de cette Assemblée ont été la recommandation d'une période de 6 mois de pratique exclusive de l'allaitement maternel suivie, d'une période d'introduction d'aliments complémentaires simultanément à la poursuite de l'allaitement maternel.

Dans les pays en voie de développement, le plus gros avantage de cette pratique exclusive de l'allaitement maternel pour les premiers six mois—opposée à 4 mois suivis d'une période d'allaitement partiel jusqu'au sixième mois—a trait à la morbidité et la mortalité dues aux maladies infectieuses et plus particulièrement aux infections gastro-intestinales (affections diarrhéiques). La haute incidence et la mortalité dues aux infections gastro-intestinales portent à croire que lorsqu'il est pratiqué pour six mois, l'allaitement maternel exclusif apporte une très forte protection contre la morbidité et la mortalité diarrhéiques.

L'USAID, l'UNICEF et l'OMS souscrivent toutes à l'introduction, à environ six mois, d'aliments adéquats, sûrs et appropriés, pour compléter la poursuite de l'allaitement maternel. Lorsque des compléments alimentaires sont introduits dans la diète du nourrisson, le lait maternel demeure une source d'énergie et de protéines exceptionnelle, ainsi qu'un apport en différents micro-éléments nutritifs telle que la vitamine A. De plus, il maintient son action protectrice contre les maladies tout au long de la seconde année de vie de l'enfant.

L'alimentation complémentaire est une question très complexe et implique de nombreux facteurs tels que la densité, la quantité, la qualité, la fréquence, l'à-propos, l'hygiène alimentaire, tout aussi bien que l'alimentation pendant ou après la maladie et les soins et l'alimentation active. Des pratiques d'alimentation complémentaire, sur lesquelles viennent se greffer une nourriture nutritionnellement inadéquate et fréquemment contaminée et souvent introduite trop tôt ou trop tard, demeure l'une des causes majeures de malnutrition.

Les défis méthodologiques de l'évaluation des programmes d'alimentation des nourrissons

- **Avoir recours à des données issues d'un retour sur les 24 dernières heures tend à surestimer le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein depuis leur naissance.**

Une mesure à partir de données résultant d'un rappel des dernières 24 heures témoigne de l'état du moment de l'allaitement au sein, la proportion de nourrissons exclusivement nourris au sein peut s'en trouver légèrement surestimée du fait qu'elle peut inclure des nourrissons qui, même s'ils n'ont pas consommé d'autres liquides dans les 24 heures précédant l'enquête, peuvent recevoir d'autres liquides sur une base irrégulière.

Les indicateurs d'évaluation des pratiques d'allaitement au sein de l'OMS, le coffre à outils de Wellstart International pour l'évaluation des pratiques et programmes relatifs à l'allaitement maternel (*Tool Kit for Monitoring and Evaluating Breastfeeding Practices and Programs*) et les rapports EDS, pour calculer le taux de l'allaitement maternel exclusif (AME) ont tous recours à la méthode de rappel des dernières 24 heures. En ayant recours à des enquêtes transversales, on peut extraire de meilleures évaluations de l'allaitement maternel exclusif des données du moment qui couvrent toutes les

naissances à l'intérieur d'une période donnée. L'avantage de cette méthode est qu'elle écarte les dangers d'oublis. La mesure que les évaluateurs ont alors à interpréter concerne le taux de nourrissons qui « sont nourris exclusivement au sein au moment de l'enquête » plutôt que celui de ceux qui ont été nourris exclusivement au sein depuis leur naissance.

- **La détection des changements des modes alimentaires des nourrissons nécessite des échantillons importants, mais il s'agit d'une population minoritaire.**

Pour toute évaluation de changements d'attitudes en matière d'alimentation des nourrissons, une attention toute particulière doit être apportée à la taille des groupes de comparaison. La taille de l'échantillon va de pair avec l'ampleur des transformations et la prédominance de la pratique ou de la situation. En matière d'allaitement maternel et des autres schémas d'alimentation des nourrissons, la détection de la mise en place de changements de légère amplitude (ex. : de 5 à 10 points de pourcentage) nécessite de gros échantillons.

En revanche, pour le simple suivi des pratiques d'alimentation des nourrissons, nulle taille particulière d'échantillon n'est requise, et ce suivi peut être d'un grand intérêt lorsqu'il s'agit d'étudier la portée d'un projet en cours. Il est vrai cependant que, du fait de la petite taille et de la non-représentativité des échantillons, le suivi ne permet pas l'évaluation rigoureuse des transformations ni mesure la prédominance réelle de ce comportement.

- **Les informations sur les comportements dépendent d'informations exactes sur l'âge du nourrisson.**

Il est certain, qu'une référence très vague à l'âge de l'enfant (ex. : moins d'un an), peut suffire aux évaluateurs pour suivre un grand nombre d'interventions en matière de santé, mais en ce qui concerne les pratiques d'allaitement, une évaluation exacte de l'âge du bébé est nécessaire. Les enquêteurs peuvent s'assurer de l'âge en questionnant d'abord la mère sur la date de naissance du nourrisson, puis en cherchant la confirmation soit sur la carte de santé de l'enfant ou sur toute autre entrée dans un document officiel de la date de naissance.

- **En général, les questions relatives à l'allaitement maternel exigent autre chose qu'une réponse de type « oui » ou « non ».**

Les facteurs qui permettent de parler d'allaitement maternel optimal sont nombreux, entre autres, la quantité exacte de liquide et d'aliments, s'il y a lieu, reçue au cours des 24 dernières heures. Idéalement, ce détail des liquides et aliments serait comparable aux enquêtes EDS auxquelles s'ajouteraient des items reflétant, au niveau des aliments, les préférences locales et l'approvisionnement.

Les renseignements qui permettent de calculer les comportements d'alimentation relevant de l'allaitement maternel exclusif des nourrissons de 0 à 6 mois et d'une alimentation complémentaire adéquate de 6 à 10 mois impliquent que l'enquêteur aille chercher le détail de tous les aliments donnés depuis les dernières 24 heures auprès des répondantes. Cela nécessite autre chose qu'un « oui » ou un « non » comme réponse et du fait même, réduit les éventuelles erreurs de l'enquêteur tout comme celles des répondants. Une formation intensive en ce sens devrait être donnée aux enquêteurs.

- **L'indicateur standard reconnu sur l'alimentation complémentaire reflète un apport alimentaire général sous forme solide et semi-solide que dure un laps de temps spécifié.**

L'alimentation complémentaire, un sujet des plus complexes, implique des facteurs tels que la quantité et la qualité des aliments, la fréquence et l'à propos auxquels ils sont donnés, l'hygiène des aliments, et l'alimentation pendant et après la maladie. Autant de facteurs que les programmes personnels au niveau du pays doivent prendre en considération lorsqu'ils tentent d'aborder les problèmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte local.

L'indicateur standard sur l'alimentation complémentaire ne rend nullement compte des recommandations au sujet de l'alimentation en matière de fréquence, de qualité, de quantité d'aliments donnés au cours des dernières 24 heures dans le cas de programme ou de contextes d'alimentation spécifique.

Deux groupes d'âge pour l'alimentation optimale du nourrisson

Principalement, deux types d'indicateurs s'appliquent à l'alimentation optimale du nourrisson : ceux ayant trait (1) à l'allaitement maternel au cours des premiers six mois de vie et (2) à l'introduction d'une alimentation complémentaire parallèlement à l'allaitement maternel

dès 6 mois. Ces groupes d'âge reflètent bien le consensus auquel sont parvenus les experts concernant la meilleure durée pour la pratique de l'allaitement exclusif et concernant l'introduction d'aliments complémentaires au régime alimentaire du bébé.

Dans le cadre des enquêtes auprès de la population, il faut, pour mesurer ces indicateurs sur l'alimentation du nourrisson, un échantillonnage des nourrissons âgés de 0 à moins de 6 mois, et de nourrissons âgés de 6 à moins de 12 mois. Ensemble, ces groupes représentent le continuum des soins apportés à l'alimentation du nourrisson dans la première année de sa vie. Employés conjointement, ces ensembles de données représentent la prévalence des meilleurs comportements possibles relatifs à l'alimentation du nourrisson au cours de la première année de sa vie dans une population donnée.

Le but principal, en ayant un ensemble commun d'indicateurs sur l'allaitement au sein, est de standardiser l'étude et l'évaluation des comportements relatifs à l'allaitement dans différents programmes mis en oeuvre et financés par des organisations différentes. L'ensemble d'indicateurs inclus dans cette section est d'un nombre réduit, relativement facile à mesurer et à interpréter, et utile du point de vue opérationnel. Qui plus est, ils ont été mis à l'essai sur le terrain et sont en accord avec les objectifs mis en place à l'échelle mondiale pour l'allaitement maternel, et on peut les obtenir à partir des données EDS disponibles.

Les évaluateurs peuvent utiliser les indicateurs inclus dans cette section comme variables d'effet (« *outcome variables* ») dans la mesure du changement de comportement lié aux interventions de programme dans le contexte d'une étude expérimentale ou quasi-expérimentale. On pourra aussi calculer ces indicateurs à partir de statistiques de programme pour le suivi des comportements liés à l'allaitement maternel parmi les clientes, mais pas pour étudier l'impact d'un programme ou d'une intervention donnés sur le comportement des femmes avec des nourrissons au niveau de la population en question.

Indicateur

INITIATION À L'ALLAITEMENT AU SEIN AU MOMENT OPPORTUN : POURCENTAGE DES NOURRISSONS DE 0 À < 12 MOIS QUI ONT ÉTÉ MIS AU SEIN EN DEÇÀ D'UNE HEURE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Définition

L'initiation à l'allaitement au sein au moment opportun est calculée de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de nourrissons de 0 à < 12 mois mis au sein en deçà d'une heure après l'accouchement}}{\text{Nombre total de nourrissons de 0 à < 12 mois}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les données de rappel recueillies auprès des mères de nourrissons âgés de moins de 12 mois.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de la population utilisant des échantillons représentatifs. L'EDS rapporte l'initiation de l'allaitement en deçà d'une heure pour les pays où le module sur l'allaitement au sein/l'alimentation du nourrisson est inclus dans l'enquête.

Les évaluateurs pourront utiliser les archives du programme pour suivre les tendances en matière d'initiation à l'allaitement au sein auprès des clientes, mais pas pour mesurer l'impact des interventions du programme auprès de femmes ayant des nourrissons dans la population de la zone desservie.

But et questions

Les mères sont plus susceptibles de commencer la lactation, d'avoir moins de problèmes à allaiter et de maintenir les meilleurs comportements possibles relatifs à l'allaitement peu après la naissance.

L'allaitement au sein ne devrait pas débiter plus tard qu'une heure après l'accouchement. Le colostrum, le lait épais jaunâtre produit dans les premiers jours suivant la naissance, est nutritif et aide à protéger l'enfant contre les infections les plus courantes. Le lait maternel constitue donc la première « immunisation » du nourrisson le protégeant des maladies les plus répandues.

Une mère aura peut-être des difficultés à se souvenir exactement (des mois après que cela se soit passé) du moment où elle a commencé à allaiter son enfant le plus jeune ; cet indicateur pourra donc être sujet à un biais de rappel. Ce biais est susceptible d'être encore plus important au niveau de populations qui ne sont pas habituées à se souvenir et à conceptualiser le temps. Cependant, du fait que ce type de biais particulier (en direction d'un temps plus long ou plus court que celui qui s'est véritablement écoulé) est considéré comme étant distribué au hasard au niveau de la population, le biais possible ne devrait pas fausser les données au point qu'elles ne représenteraient pas le comportement de la population dans son ensemble relatif à l'initiation de l'allaitement au sein.

TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF (AME) : POURCENTAGE DES NOURRISSONS DE 0 À < 6 MOIS QUI ONT ÉTÉ NOURRIS EXCLUSIVEMENT AU SEIN

Définition

L'allaitement au sein exclusif consiste de ne donner au nourrisson que du lait maternel, sans autres aliments solides ni liquides, y compris de l'eau.

Les nourrissons peuvent, cependant, recevoir quelques gouttes de vitamines, de minéraux ou de médicaments.¹

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de nourrissons âgés de 0 à < 6 mois allaités au sein exclusivement}}{\text{Nombre total de nourrissons âgés de 0 à < 6 mois}} \times 100$$

Les données nécessaires

Le rappel de la consommation d'aliments des nourrissons de moins de six mois au cours des dernières 24 heures.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de la population à partir d'échantillons représentatifs (par ex., l'EDS) et les archives de programme concernant l'AME (pour le suivi des tendances mais non de l'impact).

Les rapports d'enquête EDS par pays et les rapports sur la nutrition présentent tous deux l'AME pour les nourrissons de moins de quatre mois. Les évaluateurs pourront toutefois calculer l'AME pour les nourrissons de moins de six mois en utilisant les données d'enquêtes EDS.

But et questions

Même sous des climats chauds et secs, le lait maternel contient suffisamment d'eau pour répondre aux besoins d'un nourrisson. Il n'est pas nécessaire de lui donner

en plus de l'eau ou des boissons sucrées pour désaltérer la soif d'un nourrisson, et cela peut même être nocif. Si l'on donne à l'enfant de l'eau ou des boissons faites avec de l'eau, cela accroît aussi le risque de diarrhée ou d'autres maladies.

Même si les bienfaits de l'allaitement au sein pour la survie de l'enfant sont bien connus, les effets de l'allaitement sur la mortalité infantile sont difficiles à mesurer. Des indicateurs des pratiques courantes de l'allaitement au sein, cependant, peuvent être mesurés assez facilement et sont sensibles aux changements résultant d'activités d'un programme.

Le fait d'utiliser un rappel des dernières 24 heures pour mesurer la situation actuelle pourra mener à surestimer légèrement la proportion de nourrissons qui sont nourris au sein, parce que certains nourrissons à qui d'autres liquides sont données de façon sporadique ne les auront peut-être pas reçus au cours des 24 heures précédentes l'enquête. Les « *Indicators for Assessing Breastfeeding Practices* » (Indicateurs pour l'évaluation des pratiques de l'allaitement) de l'OMS, la « *Tool Kit for Monitoring and Evaluating Breastfeeding Practices and Programs* » (Boîte à outils pour le suivi et l'évaluation des pratiques et programmes d'allaitement au sein) de Wellstart International et les rapports EDS calculent tous le taux d'allaitement maternel exclusif en utilisant la méthode du rappel des 24 dernières heures.

C'est à partir de données sur l'état actuel dans les enquêtes transversales que l'on pourra obtenir les meilleures estimations sur l'allaitement maternel exclusif. L'avantage de cette approche est qu'elle permet d'éviter les imprécisions dues à l'oubli. Il faudrait interpréter cette mesure comme étant le pourcentage de nourrissons qui sont « actuellement en train d'être nourris au sein exclusivement », plutôt que le pourcentage de nourrissons nourris au sein exclusivement depuis la naissance.

¹ La définition officielle de l'OMS de l'allaitement au sein exclusif, 1991c, adoptée ensuite par les organisations internationales, y compris l'USAID.

Cet indicateur et la question du genre

Le taux d'allaitement au sein exclusif, s'il est décomposé par sexe, pourra apporter une indication de l'existence ou non d'un biais à base de genre dans un pays donnée. En Inde, les femmes cessent plus souvent d'allaiter leurs filles dans les 6 premiers mois que leurs fils. Une étude nutritionnelle du poids en fonction de l'âge chez les garçons et chez les filles démontre à quel point une « large dissymétrie au niveau nutritionnel (à la naissance) entre les garçons et les filles se transforme en une situation où les filles sont fortement désavantagées » (Sen, 2001). Le fait d'abandonner l'allaitement maternel exclusif est l'un des facteurs qui en fin de compte contribuent à diminuer le rapport filles/garçons en Inde, comparé à des pays où la préférence en faveur du fils n'est pas apparente.

TAUX D'ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE COMMENCÉE AU BON MOMENT : POURCENTAGE DE NOURRISSONS DE 6 À < 10 MOIS AYANT REÇU DU LAIT MATERNEL ET DES ALIMENTS SOLIDES ET/OU SEMI-SOLIDES

Définition

On définit les aliments complémentaires comme étant des aliments solides ou semi-solides/réduits en purée ; ils ne comprennent pas les liquides.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de nourrissons de 6 à < 10 mois qui ont reçu des aliments solides et/ou semi-solides}}{\text{Nombre total de nourrissons de 6 à < 10 mois}} \times 100$$

Les données nécessaires

Un rappel de la consommation en aliments des nourrissons âgés de 6 à < 10 mois au cours des 24 dernières heures.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de la population à partir d'échantillons représentatifs (par ex., des enquêtes EDS). On pourra utiliser des archives de programme pour le suivi des tendances en matière d'alimentation complémentaires, mais pas pour mesurer l'impact des programmes. Les rapports EDS présentent des données pour cet indicateur sur les pays pour lesquels le module sur l'allaitement au sein/l'alimentation du nourrisson a été inclus.

But et questions

Ce calcul élémentaire de l'alimentation complémentaire se fait à partir du rappel des 24 heures. On pourra compléter ces données grâce à un indicateur supplémentaire représentant les messages émis par le programme se rapportant à la quantité, la densité et/ou la qualité des aliments complémentaires. Arrivés à l'âge de 6 mois, tous les nourrissons devraient recevoir des aliments complémentaires en plus du lait maternel.

Plusieurs limitations s'appliquent à cet indicateur. Premièrement, il ne reflète que la consommation d'aliments complémentaires, mais n'indique pas si ces aliments sont appropriés. Deuxièmement, les informations fournies se rapportant à la mesure dans laquelle les nourrissons sont alimentés selon les normes recommandées sont minimales.

Si les chercheurs ou les évaluateurs choisissent de recueillir des informations supplémentaires concernant l'alimentation complémentaire (par ex., dans le but d'évaluer une intervention de programme spécifique), nous recommandons d'employer cet indicateur « élémentaire » aussi, afin d'effectuer des comparaisons avec d'autres populations.

Indicateur

TAUX D'ACCEPTATION DE LA MÉTHODE DE L'AMÉNORRHÉE LACTATIONNELLE (AL) : POURCENTAGE DE FEMMES ELIGIBLES QUI UTILISENT LA MÉTHODE DE L'AL COMME MÉTHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Définition

Pourcentage de femmes qui donnent naissance au cours d'une période de référence donnée et qui acceptent de façon consciente et délibérée la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (AL) en tant que méthode de contraception moderne.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes utilisant la méthode de l'AL comme méthode de PF}}{\text{Le nombre total de femmes ayant des enfants âgés de moins de 6 mois}} \times 100$$

Les données nécessaires

Le nombre total de femmes qui ont des enfants de moins de 6 mois, et parmi elles, le nombre de celles qui choisissent d'utiliser la méthode de l'AL comme méthode de planification familiale.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de la population à partir d'échantillons représentatifs (par ex., l'EDS), ou des statistiques issues de services de planification familiale (si les données sur l'âge de l'enfant le plus jeune sont obtenues de façon systématique).

But et questions

La méthode de l'AL est une méthode de planification familiale naturelle qui permet à une femme d'éviter la grossesse en supprimant l'ovulation pendant les 6 premiers mois suivant l'accouchement, dans la mesure où elle répond aux trois critères suivants :

1. Les règles ne sont pas encore réapparues chez cette femme ; **et**

2. Le nourrisson est nourri seulement ou presque uniquement au sein ;² **et**
3. Le nourrisson est âgé de moins de 6 mois.

Dès que l'une de ces trois conditions n'est plus remplie, il faudra rapidement introduire une autre méthode de planification familiale pour assurer l'espacement des naissances. On ne pourra capter cette méthode de suivi dans les dossiers de planification familiale que dans les enquêtes qui suivront auprès de la population.

L'un des défauts de cet indicateur est qu'il se fonde souvent sur les données auto-rapportées, sans que l'on vérifie que la répondante remplit vraiment les critères énumérés ci-dessus. Une mesure plus précise inclura des questions confirmant que la répondante connaît ces trois critères et qu'elle y répond.

² L'allaitement exclusif ou quasi-exclusif a un impact considérable sur la fécondité. Cette catégorie comprend l'allaitement maternel exclusif, presque exclusif, et une forte proportion d'allaitement (partiel). De cette manière, le nourrisson ne recevra que du lait maternel ou surtout du lait maternel, avec en plus quelques liquides tels que des jus ou des aliments de nature rituelle donnés peu souvent.

TAUX D'UTILISATION DE LA MÉTHODE DE L'AMÉNORRHÉE LACTATIONNELLE (AL) : POURCENTAGE DE FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER QUI UTILISENT L'AL COMME MÉTHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Définition

Pourcentage de femmes en âge de procréer qui utilisent la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (AL) comme méthode de contraception moderne à un moment donné dans le temps (par ex., au moment de l'enquête).

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes mariées en âge de procréer utilisant la méthode de l'AL comme méthode de PF}}{\text{Nombre total de femmes mariées en âge de procréer}} \times 100$$

Les données nécessaires

Le nombre total de femmes mariées en âge de procréer, et parmi elles, le nombre de celles qui choisissent la méthode de l'AL comme méthode de planification familiale.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de la population à partir d'échantillons représentatifs (par ex., l'EDS) ou des statistiques des services de planification familiale.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure du pourcentage de femmes mariées en âge de procréer au sein d'une population donnée qui utilisent la méthode de l'AL. En tant que tel, il représente l'utilisation de cette méthode par rapport aux autres méthodes de planification familiale. De fait, la comparaison peut prêter quelque peu à confusion, en ce sens que la méthode de l'AL ne peut être pratiquée que par les femmes qui ont un enfant de moins de 6 mois, alors que d'autres méthodes pouvant être à la disposition de toutes les femmes en âge de procréer (à l'exception de contre-indications d'ordre médical). Dans l'idéal, on voudra mesurer ce taux à partir d'enquêtes représentatives auprès de la population. Les statistiques de service forment aussi une

source de données pour le calcul de l'indicateur, mais les conclusions ne pourront pas être généralisées à la population dans son ensemble.

Le taux d'utilisation de la méthode de l'AL (calculé à partir de toutes les femmes mariées en âge de procréer) sera moins élevé que le taux d'acceptation de la méthode de l'AL (calculé à partir de toutes les femmes qui ont un enfant de moins de 6 mois). Les deux sont utiles, mais à des fins différentes. Le taux d'utilisation de la méthode de l'AL fournit une mesure de l'utilisation de la méthode de l'AL par rapport aux autres méthodes de contraception. Le taux d'acceptation de la méthode de l'AL offre une image de l'étendue de l'utilisation chez les utilisatrices **potentielles** (les femmes qui ont un enfant de moins de 6 mois).

Partie III.H

Les Programmes de Santé de la Reproduction de l'Adolescent

- Existence de politiques favorables en matière de SRA
- Les adolescents sont impliqués de façon significative dans la conception et la mise en oeuvre du programme
- Pourcentage du personnel du programme ayant reçu une formation pour travailler avec ou offrir des services aux adolescents
- Pourcentage d'adolescents qui ont connaissance du programme
- Des services de santé de la reproduction « amis-des-jeunes »
- Les programmes d'éducation sur la sexualité et la reproduction qui se conforment aux « meilleures pratiques »
- Pourcentage d'adultes dans la communauté ayant une opinion favorable du programme
- Nombre/pourcentage d'adolescents « desservis » ou « atteints » par le programme et leurs caractéristiques
- Connaissances au sujet de la santé en matière de sexualité et de reproduction (SSR)
- Pourcentage d'adolescents ayant une attitude « positive » en ce qui concerne les sujets les plus importants de la santé en matière de sexualité et de reproduction
- Pourcentage d'adolescents certains de pouvoir refuser d'avoir des rapports sexuelles s'ils (si elles) ne souhaitent pas en avoir
- Pourcentage d'adolescents certains de pouvoir convaincre leur(s) partenaire(s) d'utiliser un moyen de contraception/des préservatifs s'ils (si elles) le souhaitaient
- Pourcentage d'adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels
- L'âge au premier rapport sexuel
- Nombre de partenaires sexuels chez les adolescents actifs sexuellement au cours d'une période de référence donnée
- Nombre/pourcentage d'adolescents ayant déjà été contraints ou forcés à avoir des rapports sexuels
- Pourcentage d'adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels qui ont utilisé un préservatif lors du premier/dernier rapport sexuel
- Pourcentage d'adolescents sexuellement actifs, célibataires, qui utilisent des préservatifs lors de chaque rapport sexuel
- Pourcentage d'adolescents qui utilisent régulièrement les drogues ou l'alcool
- Pourcentage d'adolescents qui se sentent « reliés » à leurs parents ou à leur famille
- Pourcentage d'adolescentes ayant déjà été enceintes ou d'adolescents ayant déjà causé une grossesse
- Le besoin non satisfait en matière de planification familiale chez les adolescentes
- Pourcentage d'adolescents ayant déjà été diagnostiqués d'une IST

LES PROGRAMMES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION DE L'ADOLESCENT

Au cours des dernières années, nous avons été témoins d'une attention fortement accrue portée à la santé de la reproduction chez les adolescents (âgés de 10 à 19 ans) et les jeunes adultes (de 20 à 24 ans), et d'un accroissement important des ressources mises disponibles dans ce domaine, et ce, à une échelle plus ou moins globale. Il y a plusieurs raisons pour cet accroissement : (1) des préoccupations d'ordre général concernant la santé et les droits de l'homme chez les adolescents, (2) l'importance du point de vue démographique des adolescents de 10 à 19 ans dans de nombreux pays en voie de développement, et (3) les adolescents et jeunes adultes vont devoir jouer un rôle central dans le cadre de l'épidémie de VIH/SIDA.

Les programmes de santé de la reproduction des adolescents (SRA) visent à atteindre un ou plus des quatre objectifs majeurs suivants : (1) la création d'un environnement favorisant les jeunes et leur offrant des possibilités, (2) une amélioration au niveau des attitudes, compétences et comportements des adolescent(e)s, (3) un accroissement de l'utilisation des services par les adolescent(e)s et (4) un accroissement de la participation des adolescent(e)s aux programmes. Ces programmes pourront prendre des formes diverses et apparaître dans toutes sortes de contextes. Les types de programme les plus fréquents sont les suivants :

- Des programmes éducatifs en milieu scolaire sur la santé en matière de reproduction et de sexualité ou sur des habiletés fondamentales ;
- Des interventions de changement des comportements et de marketing social utilisant les mass media ;
- Des programmes visant à rendre les services de santé de la reproduction plus « amis-des-jeunes » ;
- Des programmes d'éducation informelle au niveau communautaire ;
- Des programmes d'éducation sur les lieux du travail concernant la santé de la reproduction ;
- Des clubs et organisations de jeunes ;

- Des programmes sur les moyens de gagner sa vie pour créer des opportunités économiques pour les jeunes ;
- Des campagnes de sensibilisation visant à influencer les dirigeants politiques et culturels (et les adultes en général) ; et
- Des campagnes de mobilisation au niveau communautaire.

La principale méthode de collecte des données utilisées à des fins d'évaluation est la réalisation d'enquêtes auprès du public visé par les programmes pour adolescents. Le public visé par de telles enquêtes pourra varier en fonction du groupe de jeunes que le programme cherche à atteindre (les jeunes allant à l'école, les jeunes travaillant dans le secteur informel de l'économie, tous les jeunes).

Les défis méthodologiques de l'évaluation de programmes de SRA

Tout comme dans d'autres domaines de la santé de la reproduction, les responsables de programme et les évaluateurs doivent faire face à un certain nombre de grands défis méthodologiques liés à l'évaluation de la performance des programmes de SRA. Tous ces défis rendent l'évaluation des programmes de SRA l'un des domaines de la santé de la reproduction les plus difficiles.

Les défis méthodologiques particuliers à l'évaluation de programmes de SRA sont, entre autres, les suivants :

- **Une myriade de facteurs exerce une influence sur les comportements des adolescents.**

Les comportements des adolescents sont fortement influencés par de nombreux facteurs agissant aux niveaux des individus, de la famille, de l'école, de la communauté et de la société. Ceci dit, ce sont les mêmes facteurs qui exercent aussi leur influence sur les adultes. Cependant, parce que les adolescents ne

se sont pas encore complètement développés, du point de vue social, psychologique et physique, ils sont peut-être plus sensibles aux influences « conjoncturelles » ou « de leur environnement » que ne sont les adultes. Cette prédisposition exige que les programmes tiennent compte d'un certain nombre de déterminants ou « d'antécédents » des comportements des adolescents, de façon simultanée. Il faut, dans le contexte de l'évaluation, mesurer et exercer un « contrôle » sur un nombre assez considérable de facteurs avant de pouvoir distinguer les effets d'une intervention en SRA donnée. Qui plus est, il arrive souvent que les évaluateurs, en ayant affaire à tout l'éventail de ces facteurs, se retrouvent en dehors des limites de leur domaine de formation (par ex., les relations avec la famille, l'école et la communauté ; le respect de soi ; l'auto-efficacité).

- **Les effets attendus des interventions en SRA sont à long terme, dans le cas de certaines interventions, en rendant l'évaluation encore plus complexe.**

Il n'est pas évident de choisir le bon cadre de référence temporel, lorsqu'on veut évaluer l'impact des programmes en SRA. Dans le cas de certains effets (par ex., le délai de l'initiation sexuelle), le résultat/comportement est un phénomène à court terme qui pourra être mesuré avec précision dans le cadre des blocs de temps habituels pour de telles évaluations (généralement deux à trois ans, ou moins). Dans d'autres cas, cependant, il faudra des temps d'observation plus longs. Par exemple, les programmes de savoir-vivre aident les jeunes à développer des compétences qui n'apparaîtront que pendant leurs années d'adolescence et leur vie adulte. Peu d'évaluateurs ont étudié les effets à long terme de telles interventions ; le mieux qu'ils parviennent à faire est de mesurer l'impact sur une période de temps relativement courte.

Ce qui rend les choses encore plus compliquées, c'est que dans certains cas, les effets du programme peuvent être à court terme ou transitoires. Par exemple, l'évaluation d'un programme SRA éducatif en milieu scolaire en Jamaïque a montré des effets importants au niveau des connaissances, attitudes et comportements lorsque ces éléments étaient mesurés 9 mois après la mise en œuvre du programme, mais après un délai de 21 mois, ces effets avaient pratiquement disparu (Eggleston et al., 2000). Pour une évaluation solide des programmes en SRA, il faut donc en mesurer l'impact à plusieurs moments dans le temps après leur mise en œuvre.

- **Pour évaluer la qualité des programmes en SRA, il faut comprendre les construits culturels qui prédominent dans le contexte local.**

Pour effectuer une évaluation de la qualité des programmes en SRA « du point de vue du client », il est important de prendre connaissance des interprétations subjectives, des points de vue, et des significations les plus répandus chez les jeunes et autres membres de la communauté. Ces éléments sont essentiels lorsqu'on veut mettre en place des programmes efficaces et les évaluer de façon appropriée. C'est donc un mélange de données qualitatives et quantitatives qu'il faut, en général, pour arriver à une évaluation significative des programmes en SRA.

- **Il s'agit souvent de programmes complexes, à composantes multiples.**

Parce qu'ils doivent répondre à de nombreux facteurs « de risque » et « de protection », la conception des programmes en SRA, de plus en plus nombreux, fait preuve d'une complexité croissante, et les composantes en sont multiples. Par exemple, de nombreux programmes comportent des aspects reliés à l'éducation sur le savoir-vivre (formelle et informelle), l'éducation par les pairs, la mobilisation au niveau communautaire, et l'accès aux composantes des services de SR. À cause de la nature de ces programmes, il faut mesurer plusieurs processus et effets pour parvenir à une évaluation du programme sous étude. La mesure de l'impact de chacune des composantes de tels programmes s'avère particulièrement difficile, et il en résulte que les évaluations se concentrent sur l'effet net ou agrégé d'un « paquet » complet d'interventions.

- **Les programmes en SRA agissent à plus d'un niveau.**

Même s'ils visent surtout à influencer les comportements des adolescents et les effets au niveau de la SR, les changements espérés se situent à plus d'un niveau. Par exemple, certains programmes requièrent le soutien de la communauté pour des initiatives et des activités en faveur des jeunes, ainsi qu'à la participation de la communauté à ces activités. S'ils échouaient à obtenir une telle implication au niveau de la communauté, leur efficacité au niveau individuel en serait réduite en ce qui concerne les attitudes et comportements des adolescents. Si les changements (ou leur absence) ne sont pas mesurés au niveau de la communauté, il ne sera pas possible pour

l'évaluateur d'interpréter l'absence de changement au niveau individuel.

- **Dans beaucoup de contextes, les sensibilités par rapport aux programmes en SRA et aux questions liées à la sexualité des adolescents compliquent l'évaluation.**

Dans de nombreuses sociétés, les effets des programmes en SRA sont perçus comme personnels et privés. Certaines sociétés vont jusqu'à interdire toute conversation sur les comportements sexuels et les relations intimes. Les responsables de programmes et les évaluateurs doivent aussi faire face à la réticence des parents et de la communauté lorsqu'il s'agit de poser des questions aux adolescents concernant ces sujets. Les personnalités dirigeantes et autres personnes concernées penseront peut-être que les jeunes dans leur communauté ne s'impliquent pas dans des comportements à risque et que les évaluateurs n'ont donc pas besoin de poser des questions sur ces sujets. Les personnes intéressées pourront craindre aussi qu'il soit dangereux de dire la vérité sur les comportements des jeunes au niveau politique ou social et de ce fait, feront des efforts pour empêcher la collecte des données. Parce que dans le contexte social, la question des comportements sexuels des adolescents reste un sujet délicat, les évaluateurs se retrouvent face à des procédures de consentement parental/éclairé plus rigides pour les programmes en SRA que pour d'autres programmes en SR.

- **Indicateurs recoupant d'autres domaines de la santé de la reproduction**

Certains indicateurs décrits dans d'autres sections de ce *Compendium* s'appliquent aussi aux programmes en SRA. Par exemple, tous ceux se rapportant aux politiques, à la gestion des programmes, aux produits et à la logistique, à la gestion, à la CCC et à la formation sont des indicateurs généraux pouvant s'appliquer aux programmes en SRA comme à d'autres programmes en SR. Certaines nuances entrant en jeu dans les programmes en SAR exigent cependant d'utiliser des indicateurs spécifiques, même dans ces domaines généraux. Par exemple, les programmes en SRA accentuent la participation des jeunes à la conception et la mise en œuvre des programmes, sur certaines caractéristiques des centres de santé pour les rendre plus attrayants pour les jeunes, et sur le besoin d'une formation spécialisée pour le personnel du programme pour qu'il soit en mesure de travailler avec et de servir des jeunes. De plus, même si les programmes en SRA

partagent bon nombre des résultats attendus avec d'autres programmes de SR (par ex., un accroissement de la prévalence de la contraception, une diminution du nombre de grossesses non désirées, une diminution des taux d'IST), ces programmes présentent des résultats qui leur sont propres. Par exemple, parce que ces programmes visent à exercer une influence sur le contexte social général où grandissent les jeunes, des indicateurs de résultat relatifs à des aspects tels que le soutien au sein de la communauté en faveur des programmes et des services pour les jeunes, et les « liens » avec les parents et la famille sont pertinents tant comme résultat de programmes que comme facteurs conjoncturels orientant la conception du programme. Souvent, les programmes en SRA ont aussi pour but de faire diminuer la prévalence de comportements à risque qui ne sont pas relatifs à la sexualité (par ex., le recours à l'alcool et aux drogues), et de développer des habiletés et des compétences particulières (« auto-efficacité ») comme autant de résultats intermédiaires améliorant la santé en matière de reproduction chez les adolescents. Dans cette section, ce sont les indicateurs clés spécialisés pour les programmes en SRA qui sont décrits. Pour finir, nous ajouterons que les évaluateurs devraient rassembler et présenter les indicateurs de résultat des programmes en faveur des adolescents par sexe.

EXISTENCE DE POLITIQUES FAVORABLES EN MATIÈRE DE SRA**Définition**

Un indice composé permettant d'évaluer dans quelle mesure le contexte politique général d'un pays est favorable aux préoccupations des adolescents en matière de santé de la reproduction. L'indice vérifie l'existence des éléments suivants :

- Des politiques ou des lois reconnaissant le droit des adolescents, y compris ceux qui ne sont pas mariés, à recevoir des services de santé de la reproduction ;
- Une politique formelle établissant un âge minimum pour le mariage ;
- Des politiques interdisant l'exploitation et/ou la violence de nature sexuelle ;
- Des politiques ou des lois permettant l'existence d'éducation sur la sexualité et la reproduction dans les écoles (ou l'absence de politiques ou de lois restrictives en la matière) ;
- La permission accordée aux adolescentes enceintes de poursuivre leur éducation ;
- Des politiques ou des lois autorisant la vente de produits contraceptifs aux jeunes tant dans le secteur public que privé ;
- Des directives du secteur public de prestation de services de santé leur donnant le mandat de rendre accessible à tous les adolescents toute la gamme de services en santé de la reproduction ; et
- L'autorisation du gouvernement pour la mise en place de campagnes médiatiques sur des sujets relatifs à la SRA.

Pour assigner un score à cet indice, les évaluateurs accorderont une valeur de 2 lorsque l'environnement politique répond pleinement à une condition donnée, de 1 lorsqu'il ne répond que partiellement à la condition, et de 0 lorsqu'il n'y répond pas du tout.

Les données nécessaires

Les preuves de la présence ou de l'absence de chacun des éléments compris dans l'indice.

Source(s) de données

Des documents émis par le gouvernement ou d'autres moyens de vérifier l'existence des politiques, des lois ou des réglementations pertinentes ; des entrevues auprès de responsables gouvernementaux et d'informateurs clés.

But et questions

Comme dans le cas des programmes de planification familiale, un environnement politique favorable (ou du moins, pas hostile) constitue un élément essentiel du fonctionnement et de l'expansion des programmes SRA. Même si peu de pays ont une politique ouvertement restrictive en la matière, à cause des sensibilités au niveau de la société sur les questions relatives à la SRA, de nombreux pays n'ont pas de politique formelle concernant les informations et les services à fournir aux jeunes sur la SR. L'absence de politiques formelles permet aux administrateurs et aux prestataires de service d'imposer des restrictions, fondées sur leurs propres croyances, qui empêchent les jeunes d'avoir accès à des informations et à des services essentiels. Cet indicateur permet de déterminer si des politiques formelles permettant et favorisant l'existence d'informations et de prestations de services de SR aux jeunes sont promulguées. La simple existence de politiques en place ne garantit pas forcément la mise en œuvre de ces politiques, et ce, à cause de préjugés des éducateurs et le personnel de prestation de services, et de leur malaise lorsqu'il s'agit de traiter de questions relatives à la santé sexuelle et génésique des adolescents. Les évaluateurs pourront élargir cet indicateur pour y inclure des scores montrant dans quelle mesure chacune des politiques est mise en œuvre. Un indicateur distinct sert à mesurer la disponibilité même des informations et des services et leur accès par les jeunes.

LES ADOLESCENTS SONT IMPLIQUÉS DE FAÇON SIGNIFICATIVE DANS LA CONCEPTION ET LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Définition

Cet indicateur qualitatif (de type oui/non) fournit une mesure de la participation des adolescent(e)s à un programme. Il s'agit d'attribuer un « oui » si des adolescents ont participé au programme d'une façon significative. Les deux domaines de participation considérés sont : (1) la conception du programme (est-ce que des adolescents du public visé prennent part à la conception du programme en exprimant leurs besoins et préférences) et (2) la mise en œuvre du programme (est-ce que les adolescentes en questions ont contribué à la mise en œuvre du programme).

« participation significative » s'ils jouent un rôle majeur dans la réalisation de l'évaluation, dans la préparation de conclusions à partir des données de l'évaluation, dans la conception du programme, et dans la gestion et l'exécution des activités du programme.

Les données nécessaires

Des documents relatifs au programme ou d'autres éléments montrant que (1) ceux qui ont conçu le programme ont évalué les besoins du public visé par le biais d'un processus participatif comportant une contribution importante de la part des jeunes personnes du public visé par le programme, (2) les résultats de l'évaluation ont aidé à façonner le programme et élaborer d'une stratégie et, (3) les jeunes jouent un rôle clé dans la gestion du programme ou dans la prestation de services.

Source(s) de données

Les archives du programme ; des entretiens avec le personnel du programme ; des entretiens avec des adolescents participant à l'évaluation et à la conception du programme ; des entretiens avec des jeunes impliqués dans la mise en œuvre du programme.

But et questions

La plupart des spécialistes en matière de SRA s'accordent sur le fait que la participation des jeunes au niveau de la conception et de la mise en œuvre du programme en accroît l'attrait et l'efficacité. Cet indicateur apporte un outil d'ordre qualitatif permettant d'évaluer l'étendue de la participation significative des jeunes à la conception et à la mise en œuvre du programme. On parlera de

Indicateur

POURCENTAGE DU PERSONNEL DU PROGRAMME AYANT REÇU UNE FORMATION POUR TRAVAILLER AVEC OU OFFRIR DES SERVICES AUX ADOLESCENTS

Définition

Le pourcentage de membres du personnel du programme qui ont reçu une formation spécialement pour travailler avec ou offrir de l'éducation, du counseling ou des services de planification familiale à des adolescents.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de membres du personnel du programme ayant reçu une formation spécifique pour offrir l'éducation, du counseling ou des soins de santé aux adolescents}}{\text{Nombre total de membres du personnel travaillant avec des adolescents}} \times 100$$

Les données nécessaires

Le nombre de membres du personnel du programme qui travaillent avec des adolescents, et parmi eux, le nombre qui ont reçu une formation spécifique pour offrir de l'éducation, du *counseling*, ou des soins de santé aux adolescents.

Source(s) de données

Des archives et dossiers du programme concernant le personnel.

But et questions

Pour travailler avec des jeunes, il faut certaines perspectives et compétences qui sont souvent absents de la formation pré-service normale. Cet indicateur permet d'évaluer à quel point le personnel du programme qui travaille avec des adolescents a reçu une formation spécifique pour la prestation de services aux adolescents. Les services en question pourront être, entre autres, le travail de proximité, les informations, l'éducation, le counseling, l'orientation vers d'autres services, et les services de santé de la reproduction. Il faut noter que cet indicateur ne fournit qu'une mesure de l'exposition du personnel à la formation ; il ne fournit pas une mesure de la qualité de la formation ou des compétences acquises par le personnel pour travailler avec des adolescents après leur formation.

POURCENTAGE D'ADOLESCENTS QUI ONT CONNAISSANCE DU PROGRAMME

Définition

Le pourcentage d'adolescents qui répondent avoir connaissance des services offerts par le programme et/ou des activités qu'il propose.

Les services et les activités seront ceux qui sont propres à chaque programme. Entre autres sujets, cet indicateur pourra se rapporter à l'éducation en matière de sexualité et de reproduction ou de dynamique de la vie, en milieu scolaire ou sur les lieux de travail ; l'existence d'organisations de jeunes ; et de programmes de radio ou de télévision pour la jeunesse.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'adolescents ayant connaissance du programme}}{\text{Nombre total d'adolescents}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses obtenues auprès des adolescents aux questions de l'enquête sondant leur connaissance de l'existence et des activités du programme. De préférence, on posera d'abord des questions sur les services qu'offre le programme pour la jeunesse, sans incitation ; ensuite, on demandera aux adolescents qui ne rapportent pas spontanément avoir connaissance du programme de l'identifier, et à la personne interrogée, si elle en a déjà entendu parler.

Source(s) de données

Une enquête auprès des adolescents faisant partie de la population visée par le programme.

But et questions

Avant qu'ils puissent avoir recours au programme, il faut que les adolescents en connaissent l'existence. Cet indicateur apporte aux gestionnaires de programme les fondements leur permettant de déterminer s'il leur faut entamer des activités de promotion et de conscientisation dans le contexte de leur initiative jeunesse.

DES SERVICES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION « AMIS-DES-JEUNES »**Définition**

Un indice composé permettant de voir dans quelle mesure les services de santé sont « amis-des-jeunes ». Ils seront considérés comme tels s'ils « possèdent des politiques et des attributs qui incitent les adolescents à rechercher les services de la clinique ou du programme, s'ils offrent un environnement approprié où les adolescents peuvent se sentir à l'aise, s'ils répondent aux besoins des adolescents et s'ils parviennent à les retenir pour des visites de suivi » (Senderowitz, 1999). Des éléments d'un environnement « ami-des-jeunes » comprendront, entre autres, un espace ou des pièces consacrées aux services de SRA, des politiques et procédures visant à assurer le respect de la vie privée et la confidentialité, des pairs éducateurs sur les lieux du programme, la présence de personnel n'émettant pas de jugement de valeur, et le fait d'accepter des patients sans rendez-vous.

Les données nécessaires

Des éléments révélant la capacité de services de santé de la reproduction à être « amis-des-jeunes ». Les caractéristiques suivantes devront être recherchées au niveau d'une clinique ou de services :

- Les horaires de l'établissement sont pratiques pour les adolescents ;
- L'établissement est situé dans un endroit convenable aux adolescents ;
- L'établissement dispose d'espace adéquat permettant le respect de la vie privée ;
- L'environnement de l'établissement permet aux adolescents de se sentir à l'aise ;
- Le personnel a reçu une formation spéciale pour travailler avec des adolescents ou leur fournir des services ;
- Le personnel traite les adolescents avec respect ;
- Le personnel respecte la vie privée et protège la confidentialité de leurs client(e)s adolescent(e)s ;
- Le personnel accorde suffisamment de temps pour l'interaction entre patient(e) adolescent(e) et prestataire ;

- Des pairs éducateurs peuvent être consultés sur place ;
- Les jeunes clients masculins sont autant les bienvenus et aussi bien accueillis que les jeunes clientes ;
- Des groupes de discussion sur des sujets relatifs à la santé sont en place ;
- Un système d'orientation (de référence) est disponible lorsque cela est nécessaire ;
- Les honoraires à payer pour les services sont accessibles aux client(e)s adolescent(e)s ;
- Les client(e)s sans rendez-vous sont les bienvenus, et les rendez-vous sont fixés rapidement ;
- Une gamme élargie de services en santé de la reproduction est disponible ;
- Des documents éducatifs sont disponibles sur place pour que les client(e)s en apportent chez eux/elle(s) ;
- Les adolescent(e)s ont le sentiment d'être les bienvenus, indépendamment de leur âge et de leur état civil ; et
- Les adolescents ont le sentiment que les prestataires seront attentifs à leurs besoins.

Les évaluateurs pourront créer cet indice en accordant un score/une note à chacun des éléments : 2 points si une condition complètement remplie, 1 point si elle n'est remplie que partiellement et 0 si elle n'est pas du tout remplie. On pourra en déduire une note globale pour l'établissement en question en additionnant les scores pour chaque élément et en divisant le résultat par le nombre total de points possibles (Nelson, MacLaren et Magnani, 2000).

Source(s) de données

Les archives de l'établissement en question ; les dossiers d'inventaire de l'établissement ; des entretiens auprès de client(e)s adolescent(e)s, de prestataires et de gérants de la clinique ; des entretiens à la sortie auprès de client(e)s ; des entrevues auprès de jeunes dans la communauté.

But et questions

Les adolescents et adolescentes célibataires font face à toutes sortes d'obstacles pour utiliser les services. En effet, dans la plupart des cas, les services en santé de la reproduction ont été conçus pour des femmes mariées, plus âgées. Ces obstacles seront, entre autres : des politiques limitant leur accès aux services et à l'information, des attitudes négatives au sein de la communauté concernant la prestation de services en santé de la reproduction à des adolescent(e)s célibataires, la gêne chez les adolescent(e)s à l'idée d'être vu(e)s dans l'établissement, et la crainte que leur vie privée et la confidentialité n'y soient pas respectées.

Dans le but de surmonter ces obstacles, plusieurs organisations de prestation de services ont cherché à donner un caractère plus « amis-des-jeunes » à leurs services. En offrant des services en santé de la reproduction favorisant mieux les jeunes, les programmes pourront mieux réussir à attirer de jeunes patients et à leur prodiguer des services en santé de la reproduction de bonne qualité dans un environnement confortable et réceptif à leurs besoins. Les adolescent(e)s peuvent bénéficier de services dans un établissement sanitaire, tel qu'une clinique, un dispensaire ou un hôpital, soignés par un personnel formé apportant les services sur les lieux du travail ou en milieu scolaire, ou par le biais de travailleurs sociaux ou de pairs éducateurs œuvrant au niveau de la communauté. Quel que soit le lieu où ils sont pourvus, les services doivent avoir certaines caractéristiques qui attirent et favorisent les client(e)s adolescent(e)s, et qui les incitent à revenir.

C'est à l'évaluation d'établissements et de services qui n'ont pas été conçus spécialement à l'intention des adolescents (tels que des cliniques de planification familiale, des dispensaires ou des pharmacies) que cet indicateur s'applique le mieux. En effet, on sous-entend que les établissements pour adolescents ont été conçus pour inclure les caractéristiques « d'ami-des-jeunes ». Cet indicateur cependant permettra aussi d'effectuer dans le temps le suivi du caractère « ami-des-jeunes » d'établissements spécialisés. Par exemple, suite à une évaluation préliminaire, il se peut que le gestionnaire de programme ait l'intention d'effectuer des changements au niveau des services offerts au cours des 6 prochains mois et permette que ces changements soient compris dans les protocoles de prestation de services dans un délai de 12 mois. Il se peut que le gestionnaire de programmes décide ensuite de réaliser une évaluation de suivi 18 mois plus tard pour vérifier si les changements

se sont effectivement produits. Cette évaluation devrait s'appliquer aux mêmes caractéristiques que celles qui sont mesurées au cours de l'évaluation initiale.

LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION SUR LA SEXUALITÉ ET LA REPRODUCTION QUI SE CONFORMENT AUX « MEILLEURS PRATIQUES »

Définition

Cet indicateur d'ordre qualitatif (de type oui/non) permet d'évaluer dans quelle mesure le programme d'éducation en matière sexuelle et de la reproduction contient tous (ou presque tous) les éléments considérés les « meilleurs pratiques » ou « éléments clés » assurant l'efficacité des programmes en SRA. L'indicateur pourra aussi servir d'indice ou d'échelle indiquant la proportion de meilleures pratiques et d'éléments clés que le programme a incorporés dans ses programmes et documents de cours.

Les données nécessaires

Une analyse du contenu du programme ; les documents qui s'y rattachent ; et des activités permettant une vérification du niveau de conformité du programme aux « meilleures pratiques ».

Source(s) de données

L'analyse de contenu du programme, des matériaux de cours et des méthodes pédagogiques ; l'observation du cours même ; des entrevues ou des groupes de discussion dirigée avec des jeunes ; des questionnaires remplis par des jeunes qui ont participé au programme.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure de la qualité des efforts d'éducation en matière de sexualité et de santé de la reproduction en s'intéressant surtout au contenu du programme. Il reflète de quelle manière le programme couvre les aspects les plus importants de l'éducation en matière de sexualité et de santé de la reproduction et à quel point le contenu en est adapté au groupe d'âge des adolescents visés. À cause des différences d'ordre culturel et socioéconomique dans un même pays et entre pays, il est difficile d'établir des critères adaptés à toutes les situations. Cependant un consensus qui se répand de plus en plus exige que de tels programmes couvrent au moins les aspects suivants : la communication interpersonnelle, l'estime de soi, la clarification des valeurs, les étapes de la vie, la prise de décision, l'éducation et les objectifs de carrière, la répartition des rôles entre les sexes, la fréquentation, la sexualité, le mariage, et la contraception.

Des directives explicatives sur l'éducation sexuelle aux États-Unis (fournies par SIECUS [1996] et Kirby [2001]) énumèrent les dix caractéristiques les plus répandues des programmes en matière de sexualité et de santé de la reproduction qui ont réussi :

- L'accent est mis sur la diminution d'un ou de plusieurs comportements sexuels qui ont pour conséquence les grossesses non désirées ou les IST/le VIH ;
- Une conception du programme fondée sur des approches théoriques dont l'efficacité a été prouvée en matière d'exercer une influence sur des comportements dangereux pour la santé ;
- Des messages clairs concernant l'activité sexuelle et l'utilisation de préservatifs et de la contraception ainsi qu'un renforcement continu de ces messages ;
- Des informations simples et correctes au sujet des risques comportés par l'activité sexuelle des adolescents et de méthodes d'abstinence sexuelle et d'utilisation de moyens de se prémunir contre la grossesse et les IST ;
- Des activités abordant la question des pressions sociales pouvant influencer le comportement sexuel ;
- Le programme offre la possibilité d'observer modèles et de pratiquer la communication, ainsi que des compétences en matière de négociation et de communication ;
- Des méthodes d'enseignement variées et participatives qui incitent les participants à personnaliser l'information reçue ;
- Le programme contient des objectifs de comportement, des méthodes pédagogiques et des matériaux adaptés à l'âge, à l'expérience en matière de sexualité et à la culture des élèves ;
- Il y a suffisamment de temps pour parler des sujets clés et mener des activités importantes ; et
- Les enseignants et/ou pairs éducateurs croient au programme et ont une formation adaptée.

La prestation du programme pourra être sous forme non didactique, et par le biais d'ateliers, de dramatisations, de présentations musicales, de sports, entre autres, elle doit parvenir à atteindre les adolescents de manière plus efficace.

Ces critères, élaborés à partir de programmes en place aux États-Unis, n'ont pas encore été validés dans le contexte de pays en voie de développement.

Indicateur

POURCENTAGE D'ADULTES DANS LA COMMUNAUTÉ AYANT UNE OPINION FAVORABLE DU PROGRAMME

Définition

Le pourcentage d'adultes dans le public visé et dans la zone géographique couverte par le programme qui répondent qu'ils « aiment », « sont en faveur de », ou « sont d'accord avec » les objectifs et les activités du programme.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'adultes exprimant une opinion favorable du programme}}{\text{Nombre total d'adultes}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses obtenues aux questions de l'enquête sur les perceptions que les adultes ont du programme.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès d'adultes issus de la population desservie par le programme.

But et questions

Même si c'est surtout parmi les adolescents qu'il est essentiel que le programme ait une image positive, les perceptions des parents et des adultes au sujet des programmes en SRA jouent aussi un rôle important dans la réussite du programme, vu le rôle essentiel que les adultes ont dans la détermination des attitudes et perception des adolescents. Si les parents et les adultes de la communauté n'approuvent pas un programme, ce manque de soutien exerce souvent une influence sur les attitudes et les comportements des adolescents. L'importance des perceptions et de l'attitude favorable des adultes a été démontrée à l'occasion d'une étude réalisée au *Zambie*. Cette étude a découvert que les tendances au niveau de l'utilisation des services en santé de la reproduction par les adolescents étaient plus fortement liées à l'acceptation par les adultes de la prestation de tels services à des jeunes qu' à la qualité même des services (Nelson, Magnani et Bond, 2001).

NOMBRE/POURCENTAGE D'ADOLESCENTS « DESSERVIS » OU « ATTEINTS » PAR LE PROGRAMME ET LEURS CARACTÉRISTIQUES

Définition

Le nombre d'adolescents qui ont bénéficié des services du programme, ont participé aux activités du programme et qui ont été exposés aux messages dans les mass media concernant le programme.

Il est possible de subdiviser le nombre total d'adolescents exposés en fonction du type d'activité en question : programme en milieu scolaire, services cliniques, activités de maison de jeunes. De plus, les enquêtes (si elles sont utilisées), pourvoient le pourcentage de jeunes atteints par les messages dans les mass media. L'évaluation pourra aussi permettre de classer les participants à ces activités en fonction de caractéristiques pertinentes, telles que l'âge, le sexe, l'état civil, l'appartenance ethnique, le statut socioéconomique, l'inscription ou non dans une école, la situation de travail, les grossesses précédentes, les antécédents d'IST, et l'utilisation de méthodes de contraception.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'adolescents desservis par le programme ou qui y sont exposés}}{\text{Nombre total d'adolescents compris dans la population visée}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les statistiques de service du programme ou des données comparables donnant le nombre d'adolescents desservis par le programme et leurs caractéristiques ; les réponses aux questions de l'enquête au sujet de l'exposition ou de la participation aux activités du programme. Là où cela sera possible, on pourra rassembler des données comparables concernant des adolescents qui ne sont ni desservis ni atteints par le programme, afin de vérifier que le programme atteint bien le public visé et d'identifier les segments de la population adolescente qui ne bénéficient pas assez de ce type de programme.

Source(s) de données

Les archives du programme ou une enquête auprès des personnes du public visé par le programme. Dans le cas de programmes offrant différents types de services (par ex., les maisons de jeunes offrant des services de divertissement, éducatifs et sanitaires) il faudrait rassembler des statistiques de service distinctes pour chaque type plus important de service ou d'activité.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure du volume et des caractéristiques des adolescents qui participent aux activités du programme ou qui utilisent les services qu'il propose. Le choix des mots exacts pour désigner l'indicateur pourra varier en fonction du type de programme.

Il sera facile pour les évaluateurs de rassembler des données sur le nombre d'adolescents qui participent aux activités du programme ou qui viennent chercher des services de santé en des lieux donnés, ainsi que sur leurs caractéristiques. Pour une mesure de la portée des programmes utilisant les mass media et autres semblables, les évaluateurs pourront mener une enquête auprès de la population cible, et ainsi obtenir un dénombrement ou une estimation du pourcentage d'adolescents « exposés » à des programmes de communication donnés.

En plus du nombre et de la proportion d'adolescents dans la population cible desservie ou atteinte par le programme, il faudrait s'assurer que le programme touche aussi des sous-groupes importants de la population d'adolescents. Par exemple, les programmes en milieu clinique qui touchent surtout des femmes mariées, plus âgées, qui ont déjà été enceintes auront certainement un impact sur la population très différent de ce qu'obtiendraient des programmes comparables touchant des adolescents célibataires, plus jeunes, des deux sexes. De même, l'intervention impliquant des jeunes « à risque faible » recrutés pour être des pairs

éducateurs qui prennent contact avec d'autres jeunes « à risque faible » et qui s'engagent auprès d'eux aura certainement un impact bien différent sur la population du cas de jeunes « à haut risque » recrutés pour contacter d'autres jeunes à haut risque. Bref, il faut que l'évaluateur vérifie que le programme atteint bien les sous-groupes visés au sein de la population entière.

CONNAISSANCES AU SUJET DE LA SANTÉ EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE REPRODUCTION (SSR)

Définition

Un indicateur ou un indice composé pour évaluer le niveau de connaissances des adolescents sur des sujets et questions essentiels de santé en matière de sexualité et de reproduction (SSR). Les sujets et questions compris dans cet indicateur devraient représenter ceux qui sont les plus importants pour la protection de la santé de la reproduction des adolescents et/ou que le programme a mis en exergue.

Les données nécessaires

Preuves des connaissances sur des questions essentielles de SSR, généralement sollicitées par le biais d'entrevues individuelles auprès des adolescents ou de questionnaires complétés par des adolescents.

À titre d'illustration, la liste suivante contient un ensemble de sujets que les évaluateurs pourront considérer :

- Le cycle menstruel de la femme et la conception ;
- Des moyens d'éviter la grossesse ;
- Des méthodes de contraception ;
- L'utilisation correcte des préservatifs (au moins) et des contraceptifs oraux ;
- L'existence d'infections sexuellement transmissibles ;
- Les modes de transmission des IST ;
- Les moyens d'éviter les IST ;
- Et les symptômes des IST.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès d'adolescents participant au programme en question ou d'adolescents issus de la population visée par le programme.

But et questions

Pour être en mesure de prendre des décisions informées pour la protection de leur santé et de leur bien-être, il faut que les adolescents possèdent des connaissances sur des sujets et des questions de santé en matière de sexualité et de reproduction. Beaucoup d'entre eux reçoivent leurs informations sur la SR de sources mal informées (leurs camarades). Des croyances mal fondées au sujet du niveau de risque impliqué par certains comportements et/ou de l'efficacité et d'effets secondaires de différentes sortes de contraceptifs peuvent être des éléments suffisants puissants pour les empêcher de percevoir à leur juste mesure les conséquences possibles de leurs comportements. Cet indicateur est un instrument de mesure composé qui comprend les sujets et questions de SSR les plus importants pour la protection de la santé de la reproduction des adolescents et/ou des sujets et questions que le programme met en avant.

Lorsque les enquêteurs interrogent des adolescents sur ces sujets, ils devraient employer des termes locaux, et non les termes scientifiques, pour désigner certaines pratiques et certains états. On pourra et on devrait analyser les sujets et questions compris dans l'indice composé de façon séparée, afin de déterminer lesquels doivent recevoir davantage d'attention au niveau du programme. Il faudra cependant évaluer les comportements séparément. En effet, bien qu'ils requièrent des connaissances correctes sur des sujets relatifs à la SSR pour prendre des décisions en connaissance de cause, les adolescents n'agiront pas forcément conformément à leurs connaissances.

Indicateur

POURCENTAGE D'ADOLESCENTS AYANT UNE ATTITUDE « POSITIVE » EN CE QUI CONCERNE LES SUJETS LES PLUS IMPORTANTS DE LA SANTÉ EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE REPRODUCTION

Définition

Un indicateur ou indice composé mesurant les attitudes des adolescents face aux sujets et aux questions les plus importants de la santé en matière de sexualité et de reproduction. On considèrera « positives » les attitudes qui logiquement mèneraient à des résultats de SR positifs. Les sujets et questions compris dans cet indicateur devraient représenter ceux qui sont les plus importants pour la protection de la santé de la reproduction des adolescents et/ou que le programme a mis en exergue.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'adolescents qui font preuve d'attitudes positives face aux questions les plus importantes de la SSR}}{\text{Nombre total d'adolescents}} \times 100$$

Les données nécessaires

Preuves de la prévalence d'attitudes positives face aux questions les plus importantes de la SSR, généralement sollicitées par le biais d'entrevues individuelles auprès d'adolescents ou de questionnaires qu'ils auront rempli eux-mêmes. Il faudrait classifier les données obtenues pour cet indicateur par sexe et par âge. Les éléments suivants sont des exemples d'attitudes à mesurer :

Attitudes face aux contraceptifs/aux préservatifs :

- Les préservatifs diminuent/ne diminuent pas le plaisir sexuel ;
- Il est/n'est pas difficile d'avoir sur soi des préservatifs ;
- L'utilisation de préservatifs est/n'est pas une marque de respect mutuel ;
- Les préservatifs sont faciles/difficiles à obtenir et à utiliser ;
- Mon partenaire me rejetterait/ne me rejetterait pas si j'insistais pour qu'on utilise un préservatif ;

- Des adolescents célibataires devraient utiliser un préservatif lors de chaque contact sexuel/ils n'en ont pas besoin ; et
- Je suis/ne suis pas responsable de mon propre bien-être.

Les stéréotypes concernant les rôles respectifs des deux sexes :

- Les femmes qui ont avec elles des préservatifs sont « faciles » ou des prostituées ;
- Avoir des rapports sexuels avec beaucoup de femmes est un signe de virilité ;
- Les « vrais hommes » n'utilisent pas de préservatif ; et
- La femme (en tant que partenaire sexuel) est responsable de la protection.

Attitudes face à l'abstinence :

- C'est très bien pour les jeunes d'attendre le mariage pour avoir des rapports sexuels ; et
- Mes amis devraient/ne devraient pas se moquer de moi pour avoir refusé d'avoir des rapports sexuels.

Ce qui est considéré comme une faiblesse :

- Cela (tomber enceinte/contracter une IST) ne m'arrivera pas à moi ;
- Les jeunes sont en bonne santé et n'ont pas besoin de s'inquiéter des IST ; et
- Les femmes peuvent/ne peuvent pas tomber enceintes la première fois qu'elles ont des rapports sexuels.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès d'adolescents qui participent au programme ou d'adolescents issus de la population visée par le programme.

But et questions

Le développement d'attitudes « positives » face à des sujets/questions clés de santé en matière de sexualité et de reproduction est un objectif important de beaucoup de programmes en SSR. Cet indicateur est un outil de mesure composé concernant les attitudes face aux sujets et questions les plus importants de SSR pour la protection de la santé de la reproduction des adolescents ou ceux mis en exergue par le programme. Toutefois, de même que la connaissance, les attitudes positives ne permettent pas forcément de prédire les comportements futurs.

Indicateur

POURCENTAGE D'ADOLESCENTS CERTAINS DE POUVOIR REFUSER D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS S'ILS (SI ELLES) NE SOUHAITENT PAS EN AVOIR

Définition

Le pourcentage d'adolescent(e)s répondant qu'ils (elles) sont sûr(e)s de pouvoir refuser d'avoir des rapports sexuels s'ils/si elles ne souhaitent pas en avoir.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'adolescent(e)s qui répondent pouvoir refuser d'avoir des rapports sexuels s'ils/si elles ne souhaitent pas en avoir}}{\text{Nombre total d'adolescents}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses aux questions d'enquête demandant aux adolescent(e)s s'ils (si elles) sont « certain(e)s », « à peu près certain(e)s », « pas certain(e)s » ou « pas du tout certain(e)s » de pouvoir refuser des rapports sexuels s'ils (si elles) ne souhaitent pas en avoir.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de participants ou de client(e)s ou d'adolescents issus de la population visée par le programme.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure du degré d'assurance ou « d'auto-efficacité » qu'ont les adolescent(e)s pour refuser des avances de nature sexuelle et qu'ils (elles) ne souhaitent pas avoir de rapports sexuels. De plus en plus, il y a un consensus autour du fait que les programmes d'éducation en SSR réussissent le mieux lorsqu'ils tiennent compte des pressions d'ordre social qui influencent les comportements sexuels. De nombreux programmes comprennent des exercices et des « jeux de rôles » sur les moyens de résister à des tactiques de pression et d'échapper à des situations pouvant mener à des rapports sexuels, par le biais de négociations et d'autres techniques. Cet indicateur pourra donc fournir une mesure de l'efficacité de tels programmes éducatifs fondés sur l'acquisition de compétences à accroître la

connaissance qu'ont les adolescent(e)s de leurs propres capacités lorsqu'il s'agit de s'opposer à des pressions et des avances de nature sexuelle inopportunes. Cet indicateur mesure l'auto-efficacité telle qu'elle perçue, et ne correspond pas forcément aux réactions dans des situations réelles.

Les façons de répondre à des avances sexuelles sont susceptibles de varier en fonction du contexte, l'approche d'évaluation préférée sera donc de solliciter des réponses concernant diverses situations dans lesquelles les adolescents pourraient se trouver. Par exemple, l'enquêteur pourra demander aux répondant(e)s à quel point ils (elles) sont sûrs de pouvoir refuser d'avoir de rapports sexuels avec :

- Une personne qu'ils (elles) ont connue il y a quelques jours ;
- Une personne qu'ils (elles) connaissent depuis des mois ;
- Une personne qui leur offre des cadeaux ;
- Une personne qui leur importe profondément ;
- Une personne qui a payé pour leurs frais d'école ou de formation et qui exige des rapports sexuels ; et
- Une personne qui se trouve dans une situation de pouvoir par rapport à eux (elles), telle qu'un enseignant ou un employeur.

Cet indicateur et la question du genre

Des enquêtes réalisées récemment montrent que pour les filles, la première expérience de rapports sexuels est souvent non voulue (dans certains mais pas tous les pays en voie de développement). Les rapports sexuels forcés (viols) sont une forme de violence basée sur le genre. Beaucoup de filles sont forcées par des hommes plus âgés à avoir des rapports sexuels, puisqu'ils considèrent que des partenaires plus jeunes sont moins susceptibles d'avoir une IST. Certains hommes croient qu'en ayant des rapports sexuels avec une jeune fille vierge ils se guériront du VIH/SIDA. Les jeunes filles disent qu'elles n'ont pas les compétences et une confiance en elles-mêmes suffisantes pour refuser les avances d'un homme plus puissant et plus âgé. Les réalités économiques que vivent beaucoup de jeunes filles font qu'il leur est difficile de refuser des rapports sexuels et accroissent leur susceptibilité d'échanger des rapports sexuels pour de l'argent ou des cadeaux. En Afrique sub-Saharienne et dans d'autres pays, ces facteurs ont mené à de nouvelles infections au VIH chez des adolescentes avec une incidence plus élevée que chez les adolescents ou chez les adultes de l'un ou l'autre sexe.

Indicateur

POURCENTAGE D'ADOLESCENTS CERTAINS DE POUVOIR CONVAINCRE LEUR(S) PARTENAIRE(S) D'UTILISER UN MOYEN DE CONTRACEPTION/DES PRÉSERVATIFS S'ILS (SI ELLES) LE SOUHAITAIENT

Définition

La certitude ou le degré « d'auto-efficacité » que les adolescent(e)s ont en leur capacité à négocier avec leur partenaire l'utilisation de moyens de contraception ou de préservatifs.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'adolescents répondant avoir la capacité de négocier avec leur partenaire l'utilisation de moyens de contraception ou de préservatifs}}{\text{Nombre total d'adolescents}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses aux questions d'enquête posées aux adolescent(e)s leur demandant s'ils (elles) sont « certain(e)s », « à peu près certain(e)s », « pas certain(e)s » ou « pas du tout certain(e)s » de pouvoir convaincre leur(s) partenaire(s) d'utiliser un moyen de contraception/des préservatifs s'ils le souhaitent.

Source(s) de données

Les enquêtes auprès de clients du et de participants au programme ou auprès d'adolescent(e)s issu(e)s de la population visée par le programme.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure du niveau de confiance ou « d'auto-efficacité » des adolescent(e)s – ceux (celles) qui souhaitent se protéger – à réussir à obtenir par négociation avec leur(s) partenaire(s) l'utilisation d'un moyen de contraception/d'un préservatif, s'ils le souhaitent. Tout comme dans le cas de la capacité à apposer une résistance à la pression sociale poussant à avoir des relations sexuelles, de nombreux programmes d'éducation en SSR mettent l'accent sur l'acquisition de compétences de négociation pour l'utilisation de moyens de contraception/de préservatifs. Cet indica-

teur est particulièrement important pour les filles dans les pays en voie de développement, parce que beaucoup d'entre elles ont des compétences limitées ou un pouvoir limité lorsqu'il s'agit de négocier pour convaincre leurs partenaires sexuels d'utiliser un moyen de contraception/des préservatifs. Cet indicateur pourra donc fournir une mesure de l'efficacité de tels programmes éducatifs fondés sur l'acquisition de compétences à accroître le niveau de connaissances que les adolescent(e)s ont de leurs propres capacités en ce qui concerne l'utilisation de moyens de contraception. Tout comme l'indicateur précédent, cet indicateur fournit une mesure de l'auto-efficacité telle qu'elle est perçue, qui pourra ou ne pourra pas correspondre aux vrais comportements dans les situations réelles.

La connaissance de leurs propres capacités à exiger l'utilisation de moyens de contraception sont susceptibles de varier en fonction du contexte, l'approche d'évaluation préférée sera donc de solliciter des réponses concernant diverses situations dans lesquelles les adolescents pourraient se trouver. Par exemple, l'enquêteur pourra demander aux répondant(e)s à quel point ils (elles) sont capables de négocier avec succès pour exiger l'utilisation d'un moyen de contraception/de préservatifs avec :

- Une personne qu'ils (elles) ont connue il y a quelques jours ;
- Une personne qu'ils (elles) connaissent depuis des mois ;
- Une personne qui leur offre des cadeaux ;
- Une personne qui leur importe profondément ;
- Une personne qui a payé pour leurs frais d'école ou de formation et qui exige des rapports sexuels ; et
- Une personne qui se trouve dans une situation de pouvoir par rapport à eux (elles), telle qu'un enseignant ou un employeur.

POURCENTAGE D'ADOLESCENTS AYANT DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS

Définition

La proportion d'adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels (ce terme faisant référence dans la plupart des contextes à l'insertion du pénis dans le vagin).

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels}}{\text{Nombre total d'adolescents}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses aux questions d'enquête demandant aux adolescent(e)s s'ils (elles) ont déjà eu des rapports sexuels.

La question ou le questionnaire devrait dans sa formulation préciser qu'on entend par rapport sexuel l'insertion du pénis dans le vagin, afin d'éviter le plus que possible toute confusion au sujet du comportement auquel se rapporte la question. Les évaluateurs devraient mesurer cet indicateur tant pour les jeunes mariés que pour les jeunes célibataires.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de la population.

But et questions

Cet indicateur permet de vérifier dans quelle mesure les adolescent(e)s issu(e)s de la population visée ont déjà eu des rapports sexuels. L'indicateur sera utile tant dans le cadre de la conception de programmes de SSR que dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité de programmes existants visant à reporter l'âge de l'initiation sexuelle. À cause des différences d'âge importantes entre partenaires, des évaluateurs devraient classer les résultats de l'indicateur par années ou par groupes d'âge pour en assurer une interprétation correcte.

Les évaluateurs auront peut-être des difficultés à mesurer cet indicateur dans des contextes où l'activité sexuelle en dehors des liens du mariage est stigmatisée. En effet, dans ces cas-là, les adolescent(e)s qui ont déjà eu des rapports sexuels pourront être réticents à admettre l'avoir fait. Étant donnée la nature sporadique de l'activité sexuelle chez les adolescent(e)s, tout particulièrement les plus jeunes, il se pourrait, dans de nombreux contextes, que l'indicateur ne fournisse pas une représentation juste du nombre/de la proportion d'adolescent(e)s qui ont eu une activité sexuelle dans un passé récent (par ex., au cours des 3 ou 6 derniers mois).

L'ÂGE AU PREMIER RAPPORT SEXUEL

Définition

Cet indicateur constitue une mesure synthétique de l'âge moyen durant lequel les adolescents deviennent sexuellement actifs. On pourra calculer cet indicateur de l'une ou l'autre des manières suivantes : (1) l'âge moyen au moment du premier rapport sexuel, (2) l'âge médian au moment du premier rapport sexuel, ou (3) le pourcentage de jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels à un âge présélectionné (par ex., 13, 15, 17, 19 ans).

- (1) Âge moyen au moment du premier rapport sexuel

$$\frac{\Sigma \text{ de l'âge des adolescents en question}}{\text{Nombre total d'adolescents}}$$

- (2) Âge médian au moment du premier rapport sexuel¹

$$\text{MÉDIANE} = L + [(50 - cf/f) * i]$$

Où :

L = la vraie limite inférieure de l'intervalle dans lequel se trouve la médiane ;

50 = l'observation au 50^{ème} centile ;

cf = la fréquence cumulée de la classe qui précède la classe médiane ;

f = la fréquence absolue simple de la classe médiane ; et

i = l'intervalle de la classe médiane.

- (3) Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels à l'âge référencé

¹ Note : Cette formule doit être utilisée avec des données groupées qui consistent en des fréquences dans chaque classe. Pour des données non groupées, la valeur médiane est celle qui se trouve exactement au 50^{ème} centile de la distribution d'observations.

$$\frac{\text{Nombre d'adolescents d'un âge référence qui répondent avoir eu des rapports sexuels}}{\text{Nombre total d'adolescents de l'âge référence en question}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses auto-rapportées des adolescent(e)s indiquant s'ils (si elles) ont déjà eu des rapports sexuels et, si oui, quel âge ils (elles) avaient lors du premier rapport sexuel. Il sera aussi utile d'obtenir l'âge au moment de l'enquête pour parvenir à des mesures plus précises (voir ci-dessous). Il faudrait mesurer cet indicateur tant pour les jeunes mariés que pour les jeunes non mariés.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de participants au programme ou d'adolescent(e)s dans la population visée par le programme.

But et questions

L'âge moyen pendant lequel les adolescent(e)s de la population visée par le programme ont généralement leurs premiers rapports sexuels constitue un paramètre important dans le cadre de la conception de programmes, et est un indicateur clé pour les programmes visant à retarder l'âge de l'initiation d'activités sexuelles. On préférera, pour cet indicateur, l'âge médian au premier rapport sexuel, parce que cette forme de calcul évite les problèmes de biais qui tendent à survenir avec l'utilisation de l'âge moyen dans des contextes où l'initiation sexuelle se fait généralement plus tard. Si moins de 50 pour cent de l'échantillon est actif sexuellement, on préférera, pour calculer cet indicateur, utiliser la proportion d'adolescents qui ont eu leurs premiers rapports sexuels à un âge référence précisé parmi les répondants de l'âge référence ou plus âgés (par ex., le pourcentage d'adolescents âgés de 16 ans ou plus qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans). On pourra calculer les âges médians au moment de la première grossesse ou du premier accouchement de la même manière.

Cet indicateur et la question du genre

Alors que la première menstruation est considérée comme un signe du passage d'une jeune fille à l'état de femme, dans de nombreuses sociétés, les premiers rapports sexuels marquent le passage d'un garçon à l'âge d'homme. L'initiation sexuelle a lieu généralement plus tôt chez les garçons que chez les filles, parce que de nombreuses cultures tolèrent ou encouragent l'activité sexuelle chez les adolescents. Dans certains endroits, la masculinité d'un jeune homme est remise en question s'il n'a pas eu de rapports sexuels arrivé à un certain âge (*Populations Reports*, 1995). Les réponses à la question concernant l'âge au premier rapport sexuel pourront donc être mal interprétés à cause de normes culturelles pouvant encourager les garçons à se vanter de leurs expériences sexuelles précoces, alors que l'effet sera inverse chez les filles, qui souhaiteront peut-être sous-rapporter l'activité sexuelle à cause de la valeur importante accordée à la virginité.

Indicateur

NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS CHEZ LES ADOLESCENTS ACTIFS SEXUELLEMENT AU COURS D'UNE PÉRIODE DE RÉFÉRENCE DONNÉE

Définition

Nombre de partenaires sexuels au cours d'une période de référence donnée (par ex., les derniers 3, 6 ou 12 mois) chez les adolescents sexuellement actifs.

Les données nécessaires

Les réponses aux questions d'enquête concernant le nombre de partenaires sexuels au cours de la période référence en question.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès des participants au programme ou d'adolescents issus de la population visée par le programme.

But et questions

Le fait d'avoir de multiples partenaires sexuels augmente le risque de transmission des IST et du VIH/SIDA. Cet indicateur fournit une mesure du niveau de prévalence de ce comportement à haut risque au sein de la population visée par le programme. Cependant, étant donné que l'utilisation constante de préservatifs diminue fortement le risque de transmission des IST, il faudra, pour évaluer la prévalence de comportements à haut risque, considérer cet indicateur conjointement avec ceux qui se rapportent à l'utilisation de préservatifs (le **Pourcentage d'adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels et qui ont utilisé un préservatif lors du premier/dernier rapport sexuel**, le **Pourcentage d'adolescents actifs sexuellement, célibataires, qui utilisent des préservatifs lors de chaque rapport sexuel** – voir ci-dessous).

Étant donné que cet indicateur se rapporte à un sujet délicat, on pourra douter de la précision des informations rapportées. Malheureusement, peu de recherches méthodologiques ont été menées pour vérifier à quel point le nombre de partenaires rapporté est précis selon les contextes.

NOMBRE/POURCENTAGE D'ADOLESCENTS AYANT DÉJÀ ÉTÉ CONTRAINTS OU FORCÉS À AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS

Définition

Nombre ou pourcentage d'adolescent(e)s qui répondent avoir vécu des rapports sexuels se passant d'une façon ou d'une autre sous contrainte ou par force, comme dans les cas de : viol, viol par un ami, violence domestique (menant à des rapports sexuels), agression sexuelle, harcèlement sexuel, inceste et abus sexuels (Kidman, 1993).

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'adolescent(e)s répondant avoir eu des rapports sexuels sous contrainte ou par force}}{\text{Nombre total d'adolescent(e)s}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses auto-rapportées d'adolescent(e)s de rapports sexuels sous la contrainte ou la force qui se sont produits dans un passé immédiat ou lointain.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès d'adolescents de la population visée par le programme ; des entrevues « au moment de l'inclusion » dans le programme ; des entrevues au moment de la prestation de services de santé et/ou en relation avec des programmes de counseling ou éducatifs.

But et questions

La plupart des programmes relatifs à la SSR mettent l'accent sur l'auto-efficacité et la prise de décision en ce qui concerne les relations sexuelles et la contraception, mais beaucoup d'adolescents, et surtout des adolescentes, font l'expérience de rapports sexuels forcés. En 1994, lors de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire, et en 1995, lors de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes de Beijing, le discours sur les droits en matière de sexualité et de reproduction a caractérisé à juste titre la contrainte d'ordre sexuel comme étant un symptôme des choix de vie limitée pour les filles et les jeunes femmes. Il faut donc que les modèles de programmes conçus pour diminuer

l'activité sexuelle parmi les adolescent(e)s fournissent non seulement des informations, mais aussi qu'ils promeuvent la reconnaissance publique de l'existence de coercition de nature sexuelle et de l'inégalité entre les sexes qui entretient cette situation. Le fait qu'il soit plausible qu'un très grand nombre de rapports sexuels ont occurrence sous contrainte met en lumière le manque d'adéquation des modèles actuels de programme, qui sous-entendent généralement que l'activité sexuelle chez les adolescents est librement consentie. (Mensch, Bruce et Green, 1998).

Cet indicateur fournit une mesure de la fréquence relative de situations où les adolescent(e)s sont victimes de rapports sexuels forcés. Pour diverses raisons, les cas de rapports sexuels contraints ou forcés sont susceptibles d'être fortement sous-rapportés dans le cadre d'entrevues d'enquête. On pourra certainement obtenir une représentation plus exacte de la situation en lien avec les programmes de counseling. Toutefois, dans de nombreux contextes, de tels programmes n'atteignent que tellement peu d'adolescent(e)s que l'incidence même est susceptible d'être sérieusement sous-rapportée. Parce qu'il s'agit d'un sujet particulièrement délicat, il faut souvent que les enquêteurs posent des questions à plusieurs reprises au sujet de rapports sexuels forcés, afin de donner aux adolescent(e)s interrogé(e)s la possibilité de divulguer leur expérience. L'un des moyens potentiellement efficaces d'aborder le sujet pourra être de demander à/aux l'adolescent(e)s « Avez-vous connu une expérience sexuelle pénible lorsque vous étiez enfant ou adolescent ? » (Heise, Moore et Toubia, 1995). D'autres chercheurs ont aussi posé la question suivante : « Est-ce que quelqu'un vous a jamais forcé à toucher leur poitrine ou leurs parties intimes ? » (Boyer et Fine, 1992). S'ils reçoivent une réponse positive à cette question, les chercheurs ou les conseillers peuvent aller un peu plus loin en posant des questions au sujet de l'âge au moment du premier abus, la fréquence avec laquelle cela se produit, le type d'abus, si l'abus est infligé par une personne ou plus, la nature du lien avec cette(s) personne(s) avec le(la) répondant(e), le lieu où se produisent ces abus, et si le(la) répondant(e) a déjà parlé avec quelqu'un de ce qu'il(elle) a subi.

Indicateur

POURCENTAGE D'ADOLESCENTS AYANT DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS QUI ONT UTILISÉ UN PRÉSERVATIF LORS DU PREMIER/ DERNIER RAPPORT SEXUEL

Définition

Le pourcentage d'adolescent(e)s qui ont déjà eu des rapports sexuels et qui répondent avoir utilisé un préservatif lors du premier et/ou du dernier rapport sexuel.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'adolescents qui répondent avoir utilisé un préservatif lors du premier/ dernier rapport sexuel}}{\text{Nombre total d'adolescents}} \times 100$$

Les données nécessaires

Réponses auto-rapportées indiquant l'utilisation de préservatifs lors des premiers et des plus récents rapports sexuels.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès d'adolescents participant au programme ou d'adolescents dans la population visée par le programme.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure de la prévalence de l'utilisation de préservatifs à deux moments de référence précis. L'utilisation rapportée lors du premier rapport sexuel est une indication de l'efficacité des messages du programme visant à encourager l'utilisation de préservatifs chez les jeunes qui commencent à devenir sexuellement actifs – c'est un message particulièrement important pour les programmes visant les adolescents les plus jeunes. L'utilisation du préservatif lors du rapport sexuel le plus récent fournit une approximation de la prévalence actuelle de l'utilisation de préservatifs chez les adolescents (en supposant que les derniers rapports sexuels ont eu lieu dans un passé récent). Étant donné que la plupart des adolescents ont besoin de méthodes non permanentes offrant une protection double les

prémunissant à la fois contre les grossesses et contre la transmission des IST, cet indicateur se rapporte précisément aux préservatifs. Cela dit, les évaluateurs pourront inclure des questions concernant l'utilisation d'autres méthodes de contraception pour avoir une idée de l'utilisation d'autres moyens de protection. Dans l'idéal, on classifera les résultats de cet indicateur selon qu'il s'agit d'adolescents mariés ou célibataires, parce que les circonstances entourant la contraception et le choix d'une méthode diffèrent beaucoup selon le groupe. Il est à noter que le fait de rapporter l'utilisation de préservatifs (ou de toute autre forme de contraception) ne signifie pas forcément un usage constant, que l'on mesurera par le biais d'un autre indicateur.

POURCENTAGE D'ADOLESCENTS SEXUELLEMENT ACTIFS, CÉLIBATAIRES, QUI UTILISENT DES PRÉSERVATIFS LORS DE CHAQUE RAPPORT SEXUEL

Définition

Le pourcentage d'adolescent(e)s actifs sexuellement, célibataires, qui répondent avoir utilisé un préservatif lors de tous les rapports sexuels qu'ils (elles) ont eus au cours d'une période référence définie au préalable (par ex., les 6 ou 12 derniers mois).

Étant donné que dans certains contextes, l'utilisation de préservatifs varie en fonction du partenaire, on préférera l'approche qui consiste à poser des questions au sujet du partenaire régulier du répondant et de ses partenaires irréguliers récents (s'il y en a). L'indicateur ne fournit une mesure que pour les adolescents célibataires, et ce, à cause de facteurs de confusion potentiels en ce qui concerne l'utilisation de préservatifs par les couples mariés.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'adolescents célibataires répondant avoir utilisé des préservatifs lors de toutes les relations sexuelles au cours de la période référence en question}}{\text{Nombre total d'adolescents célibataires}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses auto-rapportées indiquant l'utilisation d'un préservatif lors des rapports sexuels récents.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de participants au programme ou de jeunes vivant dans la zone géographique desservie par le programme. Pour cette mesure, les évaluateurs pourront utiliser les réponses aux questions demandant si les jeunes utilisent des préservatifs « toujours », « la plupart du temps », « quelquefois » ou « jamais ».

But et questions

Parce que les préservatifs permettent de se prémunir tant contre la grossesse que contre la transmission d'IST, et parce qu'ils sont aisément disponibles à partir de sources non cliniques dans la plupart des contextes, de nombreux programmes en SSR promeuvent les préservatifs comme étant la méthode contraceptive de choix pour les adolescents. Des recherches antérieures indiquent cependant que les adolescents tendent à manquer de constance dans leur utilisation de contraceptifs/ de préservatifs et/ou qu'ils tendent à utiliser des préservatifs avec des partenaires non réguliers mais pas forcément avec leur partenaire régulier. Il y a aussi des signes que la régularité de l'utilisation de préservatifs tend à diminuer au fur et à mesure que la durée des relations incluant des rapports sexuels augmentés. Vu ces résultats de recherche, de nombreux programmes de SSR recommandent l'utilisation de préservatifs lors de tous les rapports sexuels, indépendamment du partenaire ou de la durée de la relation. Cet indicateur offre une mesure de la prévalence de cette pratique « de préférence » au niveau de la population visée par un programme.

Indicateur

POURCENTAGE D'ADOLESCENTS QUI UTILISENT RÉGULIÈREMENT LES DROGUES OU L'ALCOOL

Définition

Le pourcentage d'adolescents répondant qu'ils utilisent régulièrement les drogues et/ou l'alcool.

Les évaluateurs pourront laisser aux adolescents le soin de définir ce qui est entendu par « utilisation régulière » ou ils pourront définir le recours régulier en fonction du nombre de fois utilisées au cours d'une période référence donnée (par ex., au cours du dernier mois).

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre total d'adolescents répondant avoir utilisé régulièrement les drogues et/ou l'alcool}}{\text{Nombre total d'adolescents}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses aux questions d'enquête concernant le recours aux drogues et à l'alcool. Des questions précises pourront être, entre autres :

- Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous bu de l'alcool ?
- Combien de fois avez-vous été ivre ?
- La dernière fois que vous avez bu de l'alcool, combien de boissons avez-vous consommées ?

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de participants ou de jeunes issus de la population visée par le programme.

But et questions

Des études effectuées tant aux États-Unis que dans des pays en voie de développement ont montré que le recours aux drogues et à l'alcool chez les adolescents est associé à une prévalence plus élevée de comportements sexuels à risque (par ex., des rapports sexuels sans protection, de multiples partenaires sexuels). Cet indicateur fournit donc une mesure de la prévalence de ces facteurs de risque qui ne sont pas d'ordre sexuel exerçant une influence sur les résultats de SR au niveau de la population visée par le programme. Là où la prévalence est élevée, il faudra peut-être que les programmes, en plus de porter leur attention aux comportements en matière de sexualité et de contraception, répondent directement à la question de l'abus de substances toxiques comme étant une cause proximale de résultats négatifs en matière de SR.

POURCENTAGE D'ADOLESCENTS QUI SE SENTENT « RELIÉS » À LEURS PARENTS OU À LEUR FAMILLE

Définition

Il s'agit de voir dans quelle mesure les adolescents se sentent « reliés » à leurs parents/à leur famille.

Les évaluateurs mesurent les liens en termes d'étroitesse des relations entre les adolescents et leurs parents ou d'autres membres adultes de la famille ou la personne qui les a élevés.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'adolescent(e)s qui répondent qu'ils (elles) se sentent relié(e)s à leurs parents/leur famille}}{\text{Nombre total d'adolescent(e)s}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses aux questions d'enquête sur le degré de « sentiment de lien » avec leur famille chez les adolescent(e)s. On pourra inclure, comme signe de ce sentiment, les types d'éléments suivants, entre autres :

- Les parents ou d'autres adultes de la famille passent du temps avec les adolescents ;
- Les adolescents perçoivent un sentiment « d'être proche » par rapport à leurs parents ou à d'autres adultes de la famille ;
- Les adolescents ont le sentiment de pouvoir aborder leurs parents ou d'autres adultes de la famille pour parler de leurs problèmes ;
- Les adolescents ont le sentiment que leurs parents et leur famille se soucient d'eux ;
- Les parents ou d'autres adultes de la famille aident avec les devoirs (dans le cas de jeunes allant à l'école) ;
- Les adolescents se sentent à l'aise lorsqu'ils parlent avec leurs parents ou d'autres adultes de la famille ; et
- Les adolescents ont le sentiment d'être important pour leurs parents.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de participants au programme ou de jeunes issus de la population visée par le programme.

But et questions

Des études tant aux États-Unis que dans des pays en voie de développement ont démontré que le fait de se sentir « lié » à ses parents et/ou à des adultes de la famille protège les adolescents des comportements sexuels à risque, et donc des effets néfastes en termes de SR que ces comportements pourraient entraîner (Resnick et al., 1997). Cet indicateur fournit donc une mesure du degré de liens entre les adolescents issus de la population visée par le programme et leur parenthèse familiale. À des fins diagnostiques, l'indicateur fournit une mesure du pourcentage d'adolescent(e)s issu(e)s de la population visée par le programme qui pourraient être vulnérables aux influences négatives et aux effets négatifs. Dans les situations où le niveau du sentiment de lien est bas, il sera peut-être nécessaire de mettre en place des programmes pour les parents et/ou pour que soient disponibles d'autres conseillers pour les jeunes. Dans de tels programmes, les évaluateurs pourront aussi utiliser cet indicateur en tant qu'indicateur de résultat intermédiaire afin d'évaluer les améliorations au niveau du contexte social dans lequel vivent les adolescents de la population visée par le programme.

Indicateur

POURCENTAGE D'ADOLESCENTES AYANT DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTES OU D'ADOLESCENTS AYANT DÉJÀ CAUSÉ UNE GROSSESSE

Définition

Le pourcentage d'adolescentes qui ont déjà été enceintes et du pourcentage d'adolescents qui ont déjà causé une grossesse.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'adolescentes qui répondent avoir déjà été enceintes}}{\text{Nombre total d'adolescentes}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nombre d'adolescents qui répondent avoir déjà causé une grossesse}}{\text{Nombre total d'adolescents}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses aux questions d'enquête demandant aux adolescentes si elles ont déjà été enceintes et aux adolescents s'ils ont déjà fait tomber une personne enceinte.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de participants au programme ou de jeunes de la population visée par le programme.

But et questions

Beaucoup de programmes de SSR ont pour but de faire diminuer le nombre de grossesses chez les adolescentes. Cet indicateur fournit une mesure indirecte simple du niveau ou du volume de grossesses adolescentes pour leur permettre d'évaluer l'impact de tels programmes. On pourra aussi utiliser le taux de grossesses (c.-à-d., le nombre de grossesses pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans). On pourra obtenir cette autre mesure de la même manière que si l'on calculait le taux de fécondité par âge pour les adolescentes (voir la Partie III.B), mais il faudra fonder ce calcul sur le nombre de grossesses et non sur le nombre de naissances vivantes.

Dans des contextes où les relations sexuelles et la grossesse en dehors de liens du mariage sont fortement stigmatisées, les répondantes seront susceptibles de sous-rapporter les grossesses adolescentes se produisant en dehors du mariage. Les réponses des garçons adolescents pourront aussi être biaisées, mais on sait moins dans quelle direction est tourné ce biais. D'une part, il se pourra que les adolescents ne soient pas conscients des grossesses qu'ils ont causées. D'autre part, les adolescents auront peut-être tendance à exagérer leurs prouesses sexuelles lorsqu'ils répondent aux enquêtes, et donc sur-rapporter le nombre de grossesses causées. Toutefois, dans la plupart des cas, cet indicateur fournit une estimation minimale du véritable pourcentage d'adolescents vivant ou causant des grossesses.

Même si les programmes en SSR voient généralement les grossesses chez les adolescentes comme étant un effet négatif, il arrive que chez certaines adolescentes, les grossesses soient désirées. Dans certaines situations, il y a des avantages économiques et sociaux pour la grossesse qui a lieu pendant l'adolescence. Il faudra donc interpréter cet indicateur conjointement avec les données concernant à quel point la grossesse qui a lieu chez les adolescentes est « voulue ».

LE BESOIN NON SATISFAIT EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE CHEZ LES ADOLESCENTES

Définition

Le nombre/la proportion d'adolescentes ayant une activité sexuelle qui ne souhaitent pas tomber enceintes dans l'immédiat mais qui n'utilisent pas de moyen de contraception.

Les données nécessaires

Les réponses aux questions d'enquête sur :

- Le désir d'avoir des (d'autres) enfants, et si oui, le délai souhaité avant la grossesse/l'accouchement ;
- La situation présente en ce qui concerne la contraception ;
- L'activité sexuelle présente, la fertilité, la grossesse et l'aménorrhée chez les femmes n'utilisant pas actuellement de méthode de contraception ;
- Si la dernière grossesse était souhaitée dans le cas de femmes actuellement enceintes ou amenorrhéiques ; et
- L'utilisation d'une méthode de contraception au moment de la grossesse présente/plus récente.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès d'adolescentes de la population visée par le programme.

But et questions

Même si les programmes fonctionnent en supposant que les adolescentes souhaitent éviter toute grossesse, dans certains contextes ou dans certaines situations, il peut y avoir des avantages à être enceinte. Cet indicateur fournit une mesure du besoin non satisfait en matière de planification familiale, de la même manière que l'indicateur générique (Bongaarts, 1990 ; Westoff, 1991), mais ajusté à la situation de nombreuses adolescentes. Ces ajustements pourront être, entre autres, pour des adolescentes qui ne sont pas actuellement mariées ou en union. On pourra aussi considérer les

adolescentes « ayant une activité sexuelle » comme étant les femmes qui répondent avoir déjà eu des rapports sexuels. Toutefois, cette dernière approche inclura les femmes qui n'ont des rapports sexuels que de façon sporadique ; le fait qu'elles n'utilisent pas présentement de moyen de contraception pourrait exagérer le besoin non satisfait en matière de planification familiale. Une alternative serait de rapporter l'utilisation de moyens de contraception lors du rapport sexuel le plus récent au lieu de l'utilisation actuelle.

Indicateur

POURCENTAGE D'ADOLESCENTS AYANT DÉJÀ ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉS D'UNE IST

Définition

La proportion d'adolescent(e)s qui ont déjà été diagnostiqué(e)s d'une IST.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'adolescent(e)s ayant déjà été diagnostiqué(e)s d'une IST}}{\text{Nombre total d'adolescent(e)s}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses aux questions d'enquête demandant aux adolescent(e)s s'ils (si elles) ont déjà été diagnostiqué(e)s comme ayant une IST. Ces questions seront, entre autres :

- Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous aviez une IST ?
- Avez-vous déjà eu un résultat positif lors d'un test pour une IST ?

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de participants au programme ou de jeunes de la population visée par le programme.

But et questions

En plus de faire baisser l'incidence de grossesses chez les adolescentes, la diminution de l'incidence d'IST chez les adolescents constitue un objectif important de beaucoup de programmes en SSR. Cet indicateur fournit une mesure pertinente des effets à long terme de tels programmes. Parce qu'il s'agit d'une mesure « pour toute la vie », cet indicateur ne fournit pas une mesure de l'incidence ou de la prévalence pour des périodes de référence données. On pourra cependant en dériver une mesure semblable à l'incidence en obtenant des informations au sujet des dates d'épisodes d'IST. C'est cependant une mesure brute, sujette à de nombreux biais. Tout d'abord, de nombreuses IST n'ont pas de symptômes visibles ; cet indicateur donnera une sous-

estimation de la véritable proportion d'adolescents ayant déjà contracté une IST. Deuxièmement, étant donné que la présence d'IST sous-entend que les répondant(e)s se sont trouvé(e)s impliqué(e)s dans des comportements souvent stigmatisés, cet indicateur risque de subir l'effet d'informations sous-rapportées dans les situations d'entrevue d'enquête. L'indicateur ne fournira donc qu'une estimation minimale dans la plupart des contextes.

Partie III.I

Les Soins Après Avortement

- Le statut juridique de l'avortement
- Le statut des politiques se rapportant à l'avortement
- Le taux d'avortement (TA) et le taux d'avortement total (TAT)
- Le nombre total d'admissions aux hôpitaux pour des complications liées à l'avortement
- Nombre/pourcentage de PPS offrant des services de soins après avortement, par type et par répartition géographique
- Nombre/pourcentage de praticiens formé en soins après avortement, par type et par répartition géographique
- Pourcentage de PPS offrant des services de soins après avortement répondant à des normes de qualité déterminée
- Nombre/pourcentage de PPS offrant des services de planification familiale aux patientes des services de soins après-avortement

LES SOINS APRÈS AVORTEMENT

Les complications survenant après un avortement dans des conditions dangereuses font partie des éléments qui contribuent le plus à la mortalité et à la morbidité maternelles dans les pays en voie de développement. Elles sont aussi reconnues par la communauté internationale comme une question de santé publique importante. Au cours des dernières années, les Ministères de la santé, les ONG, les organisations internationales œuvrant en santé de la reproduction et les bailleurs de fonds ont multiplié leurs efforts en vue d'améliorer l'accès à des soins après avortement (SAA) de haute qualité. Les SAA incluent généralement une prise en charge des complications liées à un avortement incomplet, l'apport de conseils et de fournitures pour la contraception (pour éviter un autre avortement) et, dans certains endroits, une orientation vers d'autres soins en matière de santé de la reproduction. Les SAA pourront inclure aussi un effort d'éducation de la communauté en vue d'améliorer la santé de reproduction et de faire diminuer le nombre de grossesses non désirées et le recours à l'avortement.

A quelques exceptions près, tous les pays ont des lois permettant l'avortement provoqué dans une ou plusieurs circonstances : pour sauver la vie d'une femme, dans les cas de viol ou d'inceste, pour protéger la santé mentale ou physique d'une femme ou pour répondre à des besoins socio-économiques. La plupart des programmes soutenus par les bailleurs de fonds, comme ceux qui reçoivent l'assistance de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), interdisent la promotion de l'avortement en tant que méthode de planification familiale. Dans ce *Compendium*, l'accent est mis sur l'utilisation d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation des soins post-avortement.

Pour la plupart des indicateurs inclus dans ce *Compendium*, la « direction souhaitée » pour l'indicateur est claire. Par exemple, dans le domaine de la prévention du VIH, ce qui est recherché est une utilisation accrue des préservatifs, et une incidence moindre des infections par le VIH. En revanche, une utilisation accrue du

recours aux services de soins après avortement constitue un indicateur ambigu de l'efficacité de ces services. Il arrivera qu'un bon programme de soins post-avortement prenne en charge un nombre **croissant** de cas dans le court terme ; cet accroissement signifiera peut-être que de meilleurs services incitent davantage de femmes souffrant de complications à utiliser les services, ou cela pourra signifier aussi que le nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions s'est accru au sein de la communauté en question. (L'on s'attend à ce que les soins du post-abortum ou liés à l'avortement provoqué diminueront dans le long terme, à mesure que les femmes commencent à utiliser la contraception de façon plus efficace). Au vu de ces considérations, les meilleurs indicateurs de soins post-avortement efficaces sont l'accroissement de la disponibilité et de la qualité des services plutôt que de leur utilisation.

Pour finir, il y a un indicateur dans cette partie du *Compendium*, le taux d'avortements, qui pourrait servir à des fins autres que l'évaluation de la prise en charge du post-abortum. L'un des principaux objectifs de nombreux programmes de planification familiale et de santé de la reproduction est de faire baisser le taux d'avortements pratiqués par le biais de services de planification familiale visant à empêcher que ne surviennent des grossesses non désirées (Westoff et Bankole, 2001). Des baisses dans le taux d'avortements pourront signaler des améliorations au niveau de l'accès et de la qualité des soins des services en planification familiale, même si une diminution du nombre d'avortements n'arrive pas assez rapidement si des femmes aimeraient réduire leur fécondité mais n'emploient pas encore de moyen de contraception.

La communauté œuvrant dans le domaine de la santé de la reproduction a moins d'expérience dans l'utilisation et la mise à l'épreuve des indicateurs compris dans cette section que dans la plupart des autres domaines couverts par le *Compendium*. Cependant, au fur et à mesure que de nouvelles initiatives de SAA émergent, ce domaine requiert aussi un besoin aussi fort que dans

d'autres domaines de la santé de la reproduction. Nous présentons donc un certain nombre d'indicateurs avec pour but de stimuler le dialogue et d'identifier ceux qui seront le plus utiles aux gestionnaires de programme travaillant dans ce domaine.

Les défis méthodologiques de l'évaluation des programmes de SAA

Dans l'idéal, on souhaitera effectuer le suivi des soins après avortement par le biais d'indicateurs de la disponibilité et de la qualité des soins, le taux et le nombre de cas pris en charge pour des complications liées à l'avortement, l'adoption de la planification familiale par les patientes des soins après avortement, le nombre d'avortements à risque et d'avortements à répétition, et le nombre et le type de transferts vers d'autres services de santé de la reproduction. En fin de compte, les évaluateurs et les chercheurs voudront aussi évaluer l'impact des services qui ont subi des améliorations sur la morbidité et la mortalité maternelles. De telles informations sont pratiquement inexistantes dans la plupart des pays en voie de développement. La plupart des pays disposent de très peu d'infrastructures et font face à des besoins pressants en termes de prestation de services, prioritaires par rapport à l'évaluation, au suivi et à la présentation de rapports exacts.

- **Les données concernant les tendances et les conséquences de l'avortement et de la prévalence des avortements à risque sont en général difficiles à recueillir.**

Certaines enquêtes à l'échelle nationale sur la santé de la reproduction (par ex : enquêtes EDS ou ESR) ont inclus des questions au sujet de l'avortement, mais dans la plupart des cas, les données ne se sont pas avérées fiables. Les informations sur les risques de l'avortement dans des conditions dangereuses dans certaines populations vulnérables sont particulièrement difficiles à obtenir. Certaines femmes courant un risque élevé, comme les adolescentes et les femmes qui sont des réfugiées ou des personnes déplacées, ne rechercheront pas forcément des services dans le secteur public ou auront un accès limité à de tels services. En tant que telles, les données disponibles ne couvrent pas ces groupes. En particulier, il serait utile d'en savoir plus sur l'utilisation de la contraception et l'ampleur des conséquences de l'avortement à risque au sein de ces groupes.

- **Là où des systèmes pour le suivi des programmes en matière de santé de la reproduction sont en place, il arrive souvent qu'ils excluent les éléments se rattachant aux soins après avortement.**

Par exemple, dans beaucoup de pays, le système de produits/logistique ou la liste des fournitures médicales recouvre des produits se rapportant à tous les aspects des programmes en santé de la reproduction pourtant, il est rare que de tels systèmes suivent l'approvisionnement et l'utilisation d'instruments pour l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) employés pour le traitement des complications liées à l'avortement.

- **Même un simple décompte du nombre d'établissements publics et privés qui offrent des SAA est difficile à obtenir.**

Dans le but d'éviter une attention indésirable de la part des autorités ou de conserver l'anonymat des patientes, de nombreux établissements évitent de façon systématique de rapporter le nombre de cas pris en charge pour le traitement de complications liées à l'avortement en pensant de façon erronée que les soins post-abortum sont illégaux. Pour ajouter au problème, les cas liés à des avortements sont souvent classés comme étant des hémorragies ou des infections, et il est donc difficile de les identifier comme se rapportant à un avortement.

- **Dans de nombreux pays, le secteur privé prend en charge les complications liées à l'avortement ; pourtant, peu d'informations rapportées de façon systématique sont disponibles.**

De fait, les prestataires de services ne font pas forcément de « publicité » pour faire savoir qu'ils fournissent ces services. Le manque de données fiables issues tant du secteur public que du secteur privé entrave fortement le processus de suivi et d'évaluation ; dans la plupart des pays, il faudra que les évaluateurs travaillent ensemble en vue d'améliorer la collecte de données.

- **Des informations sur la qualité des soins relatifs à l'avortement sont aussi difficiles à recueillir.**

Dans l'idéal, les évaluateurs voudront recueillir des données concernant, entre autres, la technique employée pour l'évacuation de l'utérus, la durée de la prise en charge de la patiente, le niveau d'adéquation du

counseling après avortement, l'apport d'une méthode de contraception, la satisfaction des patientes. De fait, il existe des méthodologies et des instruments de collecte de données pour l'évaluation de la qualité des soins (une fois que des établissements offrant les services ont été identifiés et que la permission à été accordée pour mener une évaluation des services). Et pourtant, même là, les techniques disponibles pour l'évaluation de la qualité des services plus courants en santé de la reproduction (tels que l'évaluation des prestations de services [EPS] ou l'évaluation rapide de la qualité [RIQ] pour la planification familiale, tels que décrits dans la Partie II.H.2) seront peut-être plus difficiles à mettre en application dans le cas des soins après avortement, du fait du désir de la patiente de conserver la confidentialité et de la détresse psychologique dont elle peut être en train de souffrir. De plus, le caractère d'urgence vingt quatre heures sur vingt quatre des services et la fréquence relativement faible des arrivées de patientes en SAA comparativement aux consultations de planification familiale ou aux accouchements dans le contexte des services de maternité rendent l'évaluation des services encore plus difficile. En outre, dans la plupart des pays en voie de développement, les systèmes sanitaires ne disposent pas de directives ou de protocoles pour les soins après avortement, et les directives internationales qui existent actuellement sont limitées et mal disséminées (OMS, 1995b ; Rogo, Lema et Rae, 1999).

- **La détermination de l'impact des avortements à risque sur la morbidité et la mortalité maternelles est rarement possible.**

Les programmes en santé de la reproduction visent à sauver des vies et à protéger la santé des femmes qui subissent un avortement à risque. Et pourtant, les défis auxquels on se heurte lors du suivi de l'impact de l'avortement à risque sur la mortalité et la morbidité maternelles sont de deux sortes. Les premiers se rapportent au fait d'essayer de mesurer correctement le nombre d'avortements. Le deuxième ensemble de défis est de mesurer avec précision la mortalité et la morbidité maternelles et d'y attribuer les causes, y compris l'avortement à risque. (Pour une plus ample description des problèmes méthodologiques relatifs à la mesure de la mortalité et de la morbidité maternelles, voir la Partie III.D). Bref, la mortalité et la morbidité maternelles sont difficiles à mesurer, et il est encore plus difficile de vérifier dans quelle mesure l'avortement à risque y contribue, et l'impact des interventions visant à faire diminuer le nombre d'avortements à risque. L'OMS est l'organisation principale fournissant des estimations sur

la mortalité maternelle aux niveaux régional et global, et sur la contribution de l'avortement à risque à cette mortalité, même si les estimations sur l'avortement à risque n'ont pas été mises à jour récemment (OMS, 1998c).

En consacrant davantage de ressources financières et humaines à la collecte et à l'analyse des données, les programmes peuvent répondre à certains des défis posés par le suivi et l'évaluation dans ce domaine, dans le court terme. Les indicateurs exposés ci-dessous sont conçus pour fournir un point de départ à ces efforts. La réponse à d'autres défis délimités ci-dessous sera fonction des développements dans le domaine plus vaste des politiques, des pratiques médicales et des attitudes culturelles qui façonnent la réponse apportée par les systèmes sanitaires à l'avortement à risque.

LE STATUT JURIDIQUE DE L'AVORTEMENT**Définition**

Les restrictions juridiques qui établissent les circonstances dans lesquelles une femme peut mettre un terme à une grossesse de façon légale.

Il existe cinq niveaux de restriction des lois relatives à l'avortement dans un pays donné (CRLP, 1999).

1. L'avortement est permis sans aucune restriction quant à la raison.
2. L'avortement est permis pour des raisons d'ordre socio-économique (telles que des lois permettant de prendre en compte les ressources économiques de la femme, son âge, son état civil, et le nombre d'enfants vivants qu'elle a).
3. L'avortement est permis s'il s'agit de protéger la santé mentale de la femme, ainsi que sa vie et sa santé physique (ce que l'on entend par « santé mentale » pourra varier selon les pays, mais pourra comprendre, par exemple, la détresse psychologique dont souffre une femme victime d'un viol ou sous le poids de circonstances socio-économiques).
4. L'avortement est permis pour la protection de la vie de la femme et de sa santé physique (de telles lois pourront être celles qui permettent l'avortement pour des raisons qui exigeront peut-être que la menace portée à la santé soit sérieuse ou permanente).
5. L'avortement n'est permis que pour sauver la vie d'une femme, ou alors la procédure est complètement interdite.

Les données nécessaires

Les lois en vigueur.

Source(s) de données

Les codes pénaux, relatifs à la santé, ainsi que les rapports issus d'organisations de droit international qui suivent la situation en matière d'avortement (par ex : site web du centre pour les droits reproductifs ou *Center for Reproductive Law and Policy*, www.crlp.org).

But et questions

Le but de cet indicateur est d'évaluer dans quelle mesure une femme a accès à des soins sans risque relatifs à l'avortement et au post-avortement dans un pays donné. Les lois relatives à l'avortement ne sont cependant qu'un facteur, même si c'est le plus important, ayant une influence sur l'accès aux soins. Par exemple, des politiques diverses et la façon dont elles sont mises en oeuvre pourront être d'une importance plus cruciale que la (les) loi(s) elles-mêmes. (Voir l'indicateur suivant, sur le **Statut des politiques se rapportant à l'avortement**). En outre, même si presque tous les pays ont au moins une indication (raison) d'ordre juridique se rapportant à l'avortement, il arrivera que les services offrant l'avortement provoqué ne soient pas aussi disponibles que les lois le permettent.

Cet indicateur et la question du genre

On estime que chaque année, 20 millions d'avortements à risque sont pratiqués, et qu'ils comptent pour environ 13 pourcent de la mortalité maternelle totale, soit 76 000 décès par an (Ipas, 2000). La grande majorité des décès des suites d'un avortement se produisent dans des pays où l'avortement est illégal, ou là où l'avortement et l'accès à cette procédure, tout en étant légaux sont (comme en Inde) suffisamment incertains pour que les femmes aient quand même recours à un avortement à risque. On a identifié la mortalité maternelle comme étant incontestablement une question de parité entre les sexes et de droits de l'homme. Aussi, la réduction de la mortalité maternelle est devenue une exigence de nombreuses conférences et conventions internationales. Il est difficile de faire baisser la mortalité maternelle sans prêter attention au nombre de victimes de l'avortement à risque. Là où l'avortement est illégal, l'accès à des soins après avortement de qualité, comprenant l'apport de services de planification familiale, est crucial.

LE STATUT DES POLITIQUES SE RAPPORTANT À L'AVORTEMENT

Définition

Le contexte politique relatif à l'avortement.

Par politiques, on entend les lois relatives à l'avortement, ainsi que les règlements, les directives, les dispositions financières et les coutumes affectant la pratique de l'avortement et l'apport de soins après avortement. Ces politiques, peuvent exister sous forme écrite ou non écrite (par ex. : directives informelles) et pourront éclairer sur la façon dont les services offerts par le programme devraient être opérationnalisés et fournis au niveau du système sanitaire.

L'on pourra classer les politiques relatives aux soins liés à l'avortement selon quatre niveaux de restriction :

1. Les Politiques qui favorisent une grande disponibilité des soins relatifs à l'avortement, avec peu de restrictions au niveau de l'accès.
2. Les Politiques qui permettent que l'avortement soit pratiqué, mais avec quelques dispositions restrictives.
3. Les Politiques qui apposent une restriction considérable sur l'accès aux soins relatifs à l'avortement.
4. Les Politiques qui interdisent l'apport de soins relatifs à l'avortement, sauf dans des situations plutôt rares.

De la même manière, l'on pourra classer le niveau de soutien apporté aux soins après avortement selon quatre niveaux :

1. Les Politiques qui sont très favorables à la prise en charge de complications relatives à un avortement illégal.
2. Les Politiques qui sont assez favorables envers les soins après avortement.
3. Les Politiques au sujet de la prise en charge du post-abortum qui sont pratiquement inexistantes, et où les soins apportés sont ponctuels et de qualité très inégale.

4. Les Politiques qui limitent l'accès par les femmes aux soins après avortement.

Les données nécessaires

Informations sur les politiques en vigueur.

Source(s) de données

Les codes pénaux ; les lois spéciales ; les décisions rendues par les tribunaux ; les règlements relatifs à la santé publique et le codes administratifs ; les normes régissant le travail des médecins et des infirmières ; et les protocoles des établissements sanitaires.

Note : alors que certaines politiques existent sous forme écrite, et sont largement disséminées, d'autres sont élaborées de façon informelle et mises en œuvre par les établissements sanitaires et les prestataires de santé en tant que pratique habituelle. Dans le cas de ces politiques informelles, des entretiens auprès des prestataires de soins de santé et d'administrateurs permettront peut-être de déterminer quelles sont les politiques en cours dans un contexte géographique donné.

But et questions

Les lois qui précisent à quel moment une femme enceinte peut avoir un avortement en fonction des circonstances de sa grossesse donnent une indication initiale du contexte politique. A présent, environ 62 pour cent de la population mondiale vit dans 64 pays où l'avortement est légal, soit sans aucune restriction se rapportant à la raison ou pour des raisons d'ordre socio-économique au sens large. Les 38 pour cent qui restent vivent dans des pays où les niveaux de restriction sont variables (CRLP, 1999).

Et pourtant les lois relatives à l'avortement et aux soins après avortement peuvent prêter fortement à confusion, lorsqu'il s'agit de savoir ce que les autorités tolèrent ou favorisent vraiment. Cela pourra être soit plus soit moins restrictif que les lois elles-mêmes l'indiquent. Dans certains pays, la régulation menstruelle, ou l'avortement précoce lorsque la grossesse n'a pas encore

été confirmée, est officiellement approuvée et facilement disponible, même si dans les textes, les lois sont très restrictives pour ce qui a trait à « l'avortement ». Dans d'autres pays, l'avortement est légal dans de nombreuses circonstances, mais les politiques en limitent fortement l'accès. Voilà pourquoi il faut souvent regarder au-delà des règlements officiels et voir quelle est effectivement la politique en matière d'avortement.

Les politiques peuvent être élaborées et mises en œuvre par tout un éventail d'institutions et d'individus (ex. : prestataires en milieu clinique, personnel sanitaire administratif, associations professionnelles, autorités judiciaires). Ces politiques peuvent varier d'une région géographique à une autre, ou d'un système ou établissement sanitaire à un autre. En outre, les politiques ayant un impact important sur les soins après avortement et ceux relatifs à l'avortement ne seront peut-être pas dictées formellement, mais plutôt élaborées et menées de façon ponctuelle.

Le contenu des politiques relatives à l'avortement pourra être, par exemple :

- Les circonstances dans lesquelles on permet à une femme enceinte de se faire avorter, y compris son âge, son état civil, les circonstances entourant la grossesse, et la durée de la grossesse ;
- Les types d'établissements de santé autorisés à pratiquer des avortements provoqués ou à apporter des soins après avortement ;
- Les types de prestataires de soins de santé autorisés à pratiquer des avortements provoqués ou à apporter des soins après avortement ;
- Le financement des services relatifs à l'avortement (ex. : disponibilité de subventions publiques pour ces services, disponibilité d'honoraires à échelle mobile, exigences auxquelles sont soumises les patientes pour l'achat de médicaments et de fournitures) ;
- Les périodes d'attente, les signatures des prestataires, le consentement de l'époux ou des parents, et d'autres exigences en matière de procédure avant la prestation de service ; et
- Les types d'instruments cliniques et de médicaments approuvés.

LE TAUX D'AVORTEMENT (TA) ET LE TAUX D'AVORTEMENT TOTAL (TAT)

Définition

On entend par taux d'avortement le nombre d'avortements provoqués pratiqués au cours d'une période de référence donnée (ex. : 1 an) pour 1000 femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 44 ou de 15 à 49 ans).

Le taux d'avortement (TA) est calculé de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'avortements}}{\text{Population totale de femmes âgées de 15 à 44 (ou 49) ans, prise en milieu d'année}} \times 1000$$

Le taux d'avortement total (TAT) est le nombre total d'avortements qu'une femme aura subis au cours de sa vie, si le niveau présent se poursuit. Le risque au cours d'une vie est une mesure de cohorte et peut être calculé en utilisant des mesures par période (taux d'avortement par âge) ou estimé en multipliant le taux d'avortement par la durée de la période procréatrice (de 30 à 35 ans) (Bertrand et Tsui, 1995). Le taux d'avortement total est donc calculé de la manière suivante :

$$35 \times \text{taux d'avortement}$$

Où :

35 = le nombre d'années fécondes

Les données nécessaires

Le nombre total d'avortements provoqués pratiqués au cours d'une année ou d'une période de référence donnée ; la population dénombrée ou estimée au milieu de la période de référence en question.

Source(s) de données

Les données relatives aux avortements : là où les lois relatives à l'avortement sont ouvertes, les statistiques officielles sont susceptibles de fournir les chiffres les plus exacts ; là où l'avortement est limité, les données

seront moins fiables mais grâce à des enquêtes auprès de prestataires, des enquêtes auprès de la population, des études cliniques ou un ensemble de sources, l'on pourra en déduire des estimations.

Les données de recensement ou les projections se fondant sur ces données fournissent généralement des informations concernant la population de femmes âgées de 15 à 49 ans.

But et questions

Les taux et les rapports constituent deux des mesures de l'avortement les plus largement utilisées. Il s'agit de statistiques indispensables pour l'illustration de la pratique de l'avortement dans l'espace et dans le temps. Le taux d'avortement est un outil utile pour l'évaluation des services de contraception, que ce soit aux fins d'établir une base ou de mesurer les progrès effectués. Ce taux reflète l'efficacité des méthodes contraceptives et de leurs utilisatrices, ainsi que l'accès aux services. Le taux est moins utile que les données cliniques ou d'autres données pour l'évaluation de projets de démonstration ou des effets de composantes de programme distinctes.

Plusieurs facteurs ont une influence sur le taux : 1) la proportion de femmes qui tombent enceintes au cours d'une année ; 2) les chances qu'une grossesse ne soit pas désirée ; et 3) les chances que la grossesse non désirée soit interrompue. Par conséquent, le fait d'accroître l'utilisation efficace de la contraception et donc de faire baisser le nombre de grossesses non désirées peut faire baisser le taux d'avortement, tout en ayant la possibilité de faire baisser la fécondité. D'un autre côté, si le nombre de grossesses est constant, mais que davantage de grossesses non désirées sont menées à terme, le taux d'avortement diminuera aussi, avec pour effet possible de faire accroître la fécondité.

Tout comme l'indice synthétique de fécondité, le taux d'avortement total est facile à comprendre et est utilisé comme statistique efficace à des fins de comparaison. L'avantage de cette mesure est qu'elle tient compte de

la possibilité de devenir enceinte et de la probabilité d'interrompre chaque grossesse survenant au cours du cycle de procréation. Tout comme le taux d'avortement, un TAT élevé pourra renvoyer à plusieurs facteurs, y compris la disponibilité et la qualité (ou son absence) des services en matière de contraception. Un TAT élevé pourra aussi signifier une prévalence élevée de l'utilisation de méthodes de contraception traditionnelles dans un pays donné.

L'élaboration du taux d'avortement par groupes d'âge spécifiques (tels que les 15 à 19 ans ou les 15 à 24 ans) peut aussi être un outil utile pour décrire les groupes particulièrement susceptibles d'avoir recours à l'avortement.

Cependant, les taux et les rapports sont souvent sérieusement remis en question pour ce qui est de l'exactitude. Comme nous l'avons énoncé plus haut, là où il existe des restrictions en matière d'avortement, les données sont susceptibles d'être inexactes. Dans ces cas, il faudra peut-être ajuster ces données parce qu'elles sont sous-rapportées, mal classées, du fait de conditions socio-économiques qui illustrent le degré de sécurité des avortements illégaux et les chances qu'une femme souffrant de complications suite à un avortement provoqué cherche à obtenir des soins et soit prise en charge. Même dans les contextes où les restrictions sont moindres, des recherches ont démontré que les femmes ne rapportent pas forcément tous les avortements qu'elles ont subis. Là où des représailles de nature juridique ou des dommages physiques ou psychologiques importants sont possibles, il est encore moins probable que les données rapportées soient exactes. Pendant des années, les chercheurs ont essayé différentes méthodes pour procéder à la collecte d'informations sensibles ou personnelles sans ou presque sans que les sujets de recherche se sentent menacés. Des efforts récents dans ce sens lors de l'enquête nationale sur la croissance des familles aux États-Unis comprennent des entrevues par le biais d'ordinateurs, permettant de protéger au maximum la vie privée de la répondante.

LE NOMBRE TOTAL D'ADMISSIONS AUX HÔPITAUX POUR DES COMPLICATIONS LIÉES À L'AVORTEMENT

Définition

Le nombre total d'admissions dans un établissement sanitaire pour des complications relatives à un avortement au cours d'une période de référence donnée (par ex. : un an).

Cet indicateur comprend tant les complications issues d'avortements spontanés (fausses couches) que celles survenant suite à un avortement provoqué.

Les complications survenant après un avortement sont, entre autres, les hémorragies, les infections localisées et systémiques, les blessures au niveau du système reproductif et des organes internes, et les réactions toxiques ou chimiques du fait de tentatives d'avortement provoqués par la femme elle-même, ou à risque. Cet indicateur n'inclut pas les séquelles à long terme (infirmité physique, la salpingite aiguë, la stérilité secondaire, le taux accru de grossesses extra-utérines).

Les données nécessaires

Des décomptes de femmes admises à un établissement sanitaire pour recevoir un traitement relatif à des complications liées à un avortement au cours d'une période de référence donnée.

Source(s) de données

Des études spéciales ou des statistiques de service provenant d'établissements sanitaires offrant une prise en charge des complications liées à l'avortement.

Note : dans les hôpitaux des pays en voie de développement, la prise en charge des complications liées à l'avortement peut être effectuée dans de nombreux endroits au sein de l'établissement en question, tels que le service de gynécologie, les urgences ou le bloc opératoire ; la collecte des données devrait donc inclure les admissions à tous ces endroits.

But et questions

Cet indicateur permet d'effectuer le suivi des changements au niveau du nombre de patientes prises en charge et les implications du point de vue administratif sont importantes. Les évaluateurs et les gestionnaires de projets pourront aussi l'employer pour suivre l'utilisation des ressources et des besoins de prise en charge des complications liées à l'avortement. Il y a aussi des implications à cet indicateur qui sont utiles à l'évaluation du coût des avortements provoqués à risque pour les hôpitaux ou le système de santé national. Les nombres d'admissions pour des complications liées à un avortement pourront aussi tenir lieu de dénominateurs pour d'autres indicateurs utiles tels que le pourcentage de patientes de SAA âgées de moins de 20 ans, ou le pourcentage de patientes des SAA qui présentent à 12 semaines de grossesse ou moins. Dans certains établissements particuliers, tels que des centres de santé, le nombre d'admissions pour des raisons liées à un avortement pourra être peu élevé, et de ce fait, il ne sera pas approprié d'effectuer des calculs de pourcentage.

Le Pérou donne un exemple d'efforts visant à améliorer la qualité des informations concernant le nombre de cas de SAA au niveau des centres de santé et des hôpitaux dans un état. Le processus implique de compléter un formulaire standardisé sur les antécédents de santé pour chaque patiente prise en charge par l'établissement en question. Le formulaire demande des informations concernant un petit nombre d'indicateurs clés, comme le diagnostic, l'âge de la patiente, la technique employée pour l'évacuation, et la durée de la grossesse. Les prestataires travaillant dans ces établissements sont habitués à remplir de tels formulaires pour les accouchements, ils ont donc facilement adopté le nouveau formulaire. Le personnel de chaque établissement est chargé d'entrer les informations dans une banque de données pour chaque établissement, et le Ministère de la santé rend les informations disponibles pour utilisation aux niveaux de l'établissement, régional et national. Le Ministère de

la santé et Ipas étaient en train d'évaluer ce projet (au moment de la publication de la version du *Compendium* en anglais) pour voir s'il peut être utilisé dans d'autres états au Pérou, voire peut-être dans d'autres pays.

Cet indicateur comprend tant les complications liées à un avortement provoqué que celles liées à un avortement spontané. Souvent, il serait intéressant de faire une distinction entre les deux types d'avortement, et de cette manière d'obtenir une estimation du nombre d'avortements provoqués, mais ces informations sont souvent difficiles à obtenir. De plus, dans un contexte politique restrictif, le fait de demander à des jeunes femmes si elles se sont fait avorter pourrait mener à mettre en doute le caractère éthique de la recherche. Les preuves cliniques sont souvent peu concluantes et les rapports sont aussi souvent fortement biaisés dans les contextes restrictifs. Du fait de cette omission, les données de service pourront prêter à confusion en ce qui concerne le nombre d'avortements spontanés par rapport à ceux qui sont provoqués.

Les évaluateurs ont utilisé plusieurs approches lorsqu'ils ont essayé de faire une distinction entre les avortements spontanés et provoqués. Ces approches pourront varier d'une suite de questions posées à la patiente à l'application de multiplicateurs fondés sur l'occurrence biologique d'avortements spontanés, à des multiplicateurs fondés sur l'opinion d'experts sur la proportion d'hospitalisations dues à des complications liées à des avortements provoqués.

Cet indicateur permet de parvenir à une estimation de l'avortement provoqué dans les pays où l'avortement est restreint. Des chercheurs ont utilisé des données se rapportant aux admissions dans les hôpitaux pour des raisons liées à un avortement pour parvenir à de telles estimations. A partir du nombre d'admissions aux hôpitaux pour des raisons relatives à un avortement, les évaluateurs pourront parvenir à une estimation du nombre d'avortements au sein d'une population en utilisant plusieurs multiplicateurs. Ceux-ci pourront être particuliers à une région ou à un pays. Ils pourront varier en fonction du caractère plus ou moins restrictif du contexte juridique et social, de la disponibilité d'avortements provoqués pratiqués par des prestataires qualifiés, des procédures auxquelles font appel les prestataires clandestins, de la disponibilité d'antibiotiques, et du statut socio-économique des femmes qui se font avorter. Afin de tenir compte de l'incertitude liée à

ces multiplicateurs, des chercheurs ont suggéré d'utiliser un éventail d'estimations avec plusieurs multiplicateurs différents (Singh et Wulf, 1994).

Le meilleur moyen de recueillir des données pour cet indicateur sera peut-être de réaliser des études spéciales au niveau d'établissements particuliers (ex. : hôpitaux dans des zones urbaines). Une étude clinique réalisée au Nigeria a montré que plus de 75 pourcent des admissions au service de gynécologie dans les hôpitaux étaient pour des raisons liées à un avortement (Rogo, Lema, et Rae, 1999).

D'autres indicateurs possibles sont, entre autres :

- Le pourcentage de cas de complications obstétricales pris en charge par les services de l'établissement qui sont liées à un avortement ;
et
- Le pourcentage de femmes prises en charge pour des SAA par les services d'un établissement qui décèdent.

NOMBRE/POURCENTAGE DE PPS OFFRANT DES SERVICES DE SOINS APRÈS AVORTEMENT, PAR TYPE ET PAR RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Définition

Le nombre total et du pourcentage de points de prestation de service (PPS) offrant des services après avortement, en fonction du type d'établissement en question (par ex. : centre de santé, hôpital de district, médecin privé) et de la situation géographique.

Parmi les points de prestation de services, il faudrait inclure tant ceux du secteur public que ceux du secteur privé.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de PPS d'un type donné offrant des services de SAA dans une zone donnée}}{\text{Nombre total de PPS du type en question dans la zone en question}} \times 100$$

Les soins après avortement comprennent les éléments suivants :

- La prise en charge d'urgence des complications liées à un avortement spontané ou provoqué dans des conditions dangereuses ;
- Le conseil et les services en matière de planification familiale ; et
- Une orientation vers des soins complets de santé de la reproduction.

La nécessité d'éduquer la communauté quant à la réduction du besoin de recourir à un avortement et à l'amélioration de la santé de la reproduction est souvent considérée comme étant un quatrième élément des soins après avortement.

Les données nécessaires

Le nombre total d'établissements offrant des services après avortement, leur type, et la situation géographique ; le nombre total d'établissements de prestation de services par type et selon la situation géographique.

Source(s) de données

Les archives des programmes nationaux ; les archives privées et d'ONG ; des entrevues auprès de prestataires ; et l'observation des services offerts.

But et questions

Le but de cet indicateur est de permettre de vérifier dans quelle mesure les services de soins après avortement sont disponibles dans un pays donné. Tous les pays devraient être en mesure d'effectuer le suivi de la disponibilité de services de SAA pour la prise en charge des complications liées à un avortement. Dans les pays où l'avortement est fortement restreint, il sera peut-être difficile d'obtenir des informations précises au sujet de tous les établissements offrant des services de soins après avortement. Même dans les pays où les lois relatives à l'avortement sont moins strictes, les prestataires (en particulier les prestataires du secteur privé) pourront être moins susceptibles d'admettre qu'ils fournissent de tels services, du fait de la stigmatisation rattachée à l'avortement et du désir de protéger la vie privée de leurs patientes.

Dans l'idéal, les informations recueillies pour cet indicateur pourront être utiles au suivi d'autres indicateurs clés, tels que le pourcentage d'établissements offrant des services de SAA dans une région donnée ou à un niveau donné de prise en charge (ex. : centre de santé, hôpitaux de district, et hôpitaux de troisième rang). Un autre indicateur est constitué par le nombre, le type et la répartition géographique des PPS disposant des fournitures, de l'équipement et du transport nécessaires à la prise en charge du post-abortum.

Si des données au niveau de la population sont disponibles, les informations recueillies pour cet indicateur pourront aider à vérifier si le nombre et le type d'établissements fournissant les services sont suffisants en regard de la population desservie. Les indicateurs élaborés par l'UNICEF, l'OMS et le FNUAP pour le suivi de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pourront servir de guide.

Indicateur

NOMBRE/POURCENTAGE DE PRATICIENS FORMÉ EN SOINS APRÈS AVORTEMENT, PAR TYPE ET PAR RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Définition

Le nombre total et du pourcentage de prestataires formés dans le domaine des SAA, par spécialité et par situation géographique.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de praticiens pratiquant une spécialité particulière et dans une région donnée formés dans le domaine des SAA}}{\text{Nombre total de praticiens dans le domaine spécialisé en question qui pratiquent dans la région (par ex. : dans le district)}} \times 100$$

Les données nécessaires

Le nombre de praticiens formés dans le domaine des SAA par spécialité et selon la situation géographique ; le nombre de tous les praticiens par spécialité.

Source(s) de données

Les archives des programmes nationaux ; les archives des programmes privés et mis en œuvre par des ONG ; et les archives des établissements de formation (ex. : archives des facultés de médecine et des écoles de sages-femmes)

But et questions

Avec cet indicateur, le but est de vérifier dans quelle mesure les praticiens sont formés dans le domaine des SAA, ce qui ensuite exerce une influence sur la disponibilité de ces services.

Si les dénominateurs par type de praticien sont disponibles, les données recueillies pour cet indicateur pourront être utilisées pour obtenir le pourcentage de praticiens par type dans un pays donné, par exemple, le pourcentage d'obstétriciens gynécologues ou de généralistes ou d'infirmières sages-femmes formés dans le domaine des SAA.

Les soins après avortement comprennent les éléments suivants :

- La prise en charge d'urgence des complications liées à un avortement spontané ou provoqué dans des conditions dangereuses ;
- Le conseil et les services en matière de planification familiale ; et
- Une orientation vers des soins de santé de la reproduction complets.

L'une des limites de cet indicateur se rapporte au suivi des praticiens qui mettent en pratique leurs compétences au niveau de leur travail. La formation des prestataires a lieu souvent dans des contextes tels que des hôpitaux universitaires. Une fois qu'ils ont été assignés à leur poste, les prestataires trouveront peut-être difficile de mettre en pratique les compétences acquises. Et une fois que les prestataires sont dispersés au plan géographique dans un pays donné, il pourra être difficile de suivre de façon régulière de quelle manière les compétences acquises en formation sont utilisées, et si elles sont utilisées.

D'autres indicateurs pourront être, entre autres :

- Le nombre et le pourcentage de facultés de médecine et d'écoles d'infirmières qui incluent les SAA dans leurs programmes de formation ; et
- Le nombre et le pourcentage de praticiens formés dans le domaine des SAA au cours de leur formation précédant leur entrée en service et pendant le service.

POURCENTAGE DE PPS OFFRANT DES SERVICES DE SOINS APRÈS AVORTEMENT RÉPONDANT À DES NORMES DE QUALITÉ DÉTERMINÉE

Définition

On trouvera le cadre comprenant les éléments fondamentaux nécessaires à l'apport de soins après avortement de qualité supérieure dans le tableau III. I.1 (Leonard et Winkler, 1991 et Ipas/PRIME, 1998). Élaboré par Ipas, ce cadre offre des directives pour l'élaboration et l'utilisation d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation de la qualité des soins après avortement. La liste suivante comprend les composantes essentielles des soins après avortement.

- Des technologies adéquates pour l'évacuation de l'utérus ;
- La performance du point de vue technique des services de SAA ;
- L'interaction entre la patiente et le prestataire ;
- Les informations et le counseling au sujet des services de SAA ; et
- La disponibilité de l'équipement, des fournitures et des médicaments.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de PPS fournissant des services de SAA répondant aux critères de qualité tels que définis}}{\text{Nombre total de PPS offrant des services de SAA.}} \times 100$$

Les données nécessaires

La notes accordées à chaque établissement obtenues en utilisant les instruments de collecte de données élaborés pour l'évaluation de la qualité des services au niveau d'un réseau d'établissements ; pour le dénominateur, le décompte des PPS offrant des services de SAA.

Source(s) de données

Les listes de contrôle ; l'observation des services ; des entrevues informelles auprès de patientes et de prestataires ; un examen des archives de l'établissement,

comme les registres (*logbooks*) du service de chirurgie pour le suivi de routine ou la vérification de la qualité des services de SAA.

Des audits au niveau des établissements, des entrevues auprès des patientes, et/ou l'observation de l'interaction entre patientes et prestataires, dans le cas d'études plus approfondies.

But et questions

Même si la mesure de la qualité des services pose un défi, les gestionnaires et les prestataires peuvent se servir des indicateurs définis par ce *Compendium* ainsi que par d'autres ressources existantes pour le suivi de routine de leurs propres programmes. Le type de services disponibles sera fonction du niveau de l'établissement par rapport au système de santé dans son ensemble. Les systèmes sanitaires devraient s'efforcer de décentraliser les services de SAA de sorte que les femmes puissent avoir accès à des soins d'urgence dans un délai raisonnable à une distance raisonnable de chez elles.

Des chercheurs ont mené plusieurs projets de recherche opérationnelle sur les SAA en Amérique latine et en Afrique, en prenant soin de s'assurer d'avoir le consentement éclairé des patientes et que leur confidentialité était protégée dans des études sur les services relatifs à l'avortement. Ces recherches ont illustré les changements au niveau de la qualité après que des interventions de SAA aient été introduites dans divers types de formation sanitaire.

Du fait de la complexité de la prestation de services cliniques, il est important d'effectuer le suivi de nombreux aspects de la prise en charge. Des pratiques appropriées pour prévenir les infections, par exemple, exigent que les prestataires suivent un certain nombre d'étapes dans le processus de prise en charge clinique. Le tableau III. I.1 comprend des indicateurs possibles que l'on peut utiliser pour la mesure de chacun des éléments clés de la qualité des SAA. Ces indicateurs ne suivent pas tous

le même format et il faudra continuer à les essayer sur le terrain afin de déterminer quels sont les moyens les plus utiles et les plus valables pour évaluer la qualité des services. Le personnel de prestation de services et les gestionnaires devraient déterminer de quelle manière ils ont l'intention de mesurer la performance de leur programme. Il existe deux références offrant de l'aide pour l'utilisation de listes de contrôle pour une grande proportion des indicateurs inclus dans le tableau III.I.1 (Otsea et al., 1999 ; Population Council, 2000).

Tableau III.I.1 Indicateurs possibles par composante clé de la qualité des SAA

Indicateur	Audit au niveau de l'établissement	Observation	Entrevue auprès du prestataire	Entrevues à la sortie auprès des patientes	Statistiques de service
Technologies appropriées					
• Disponibilité de technologies efficaces et sans danger pour l'évacuation utérine	✓	✓			
Performance au niveau technique					
• Disponibilité de prestataires formés dans le domaine des SAA	✓	✓	✓		
• Respect des pratiques actuelles/les plus à jour en matière d'évacuation utérine		✓	✓		
• Pourcentage de patientes recevables (c.-à-d., 12 semaines de grossesse ou moins) pour un traitement par aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)		✓			✓
• Respect des pratiques actuelles/les plus à jour en matière de protection contre les infections (précautions universelles)		✓	✓		
• Respect des pratiques actuelles/les plus à jour en matière de prise en charge de la douleur		✓	✓		
• Existence de conditions d'hygiène appropriées pour la pratique des accouchements	✓	✓			
• Durée moyenne du délai entre l'arrivée de la patiente à l'établissement sanitaire et sa prise en charge		✓		✓	
• Protocoles de stabilisation, de transfert et de transport de patientes souffrant de complications graves liées à l'avortement	✓		✓		
L'interaction entre la patiente et le prestataire					
• La confidentialité est maintenue dans la tenue des dossiers des patientes ainsi qu'au niveau des informations échangées entre prestataires et patientes		✓	✓		
• Le respect des besoins en matière de protection de l'intimité tout au long de la prise en charge	✓	✓		✓	
• Respect des pratiques liées aux choix éclairés en ce qui concerne les décisions des patientes		✓		✓	
L'information et le counseling					
• Le pourcentage de patientes qui reçoivent des informations sur leur diagnostic, leur traitement, leur pronostic, les soins de suivi nécessaires et les complications pouvant survenir après le traitement		✓		✓	

Indicateur	Audit au niveau de l'établissement	Observation	Entrevue auprès du prestataire	Entrevues à la sortie auprès des patientes	Statistiques de service
<ul style="list-style-type: none"> • Le pourcentage de patientes des SAA qui sont conseillées en matière de PF et recevant notamment les informations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> □ Nouveau risque de grossesse peu après la prise en charge ; □ Emploi d'un contraceptif recommandé si la femme veut éviter une nouvelle grossesse ; □ Lieu où se procurer un contraceptif. 		✓		✓	
<ul style="list-style-type: none"> • Le pourcentage de patientes des services de SAA souhaitant bénéficier d'une méthode de contraception au moment de la prise en charge et bénéficiant des informations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> □ L'évaluation de sa situation personnelle de la femme ; □ Les choix en matière de contraception ; □ L'utilisation des méthodes ; □ Les effets secondaires liés à la méthode choisie ; et □ Les possibilités de réapprovisionnement en contraceptifs. 		✓		✓	
<ul style="list-style-type: none"> • Le pourcentage de patientes des services de SAA qui reçoivent une méthode de contraception avant de quitter l'établissement sanitaire 		✓		✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Le pourcentage de patientes des services de SAA ayant un risque de contracter le VIH ou des IST qui sont orientées vers les services de dépistage et de conseil 		✓		✓	
Équipement, fournitures et médicaments					
<ul style="list-style-type: none"> • La disponibilité des fournitures, de l'équipement et des médicaments pour l'évacuation utérine, y compris le matériel pour la prévention des infections et la prise en charge de la douleur 	✓		✓		
<ul style="list-style-type: none"> • La disponibilité de tout un éventail de méthodes de contraception 	✓		✓		

NOMBRE/POURCENTAGE DE PPS OFFRANT DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE AUX PATIENTES DES SERVICES DE SOINS APRÈS AVORTEMENT

Définition

Nombre total et du pourcentage de PPS offrant des services de counseling et des méthodes de contraception aux patientes des services après avortement.

Au numérateur on inclut tous les PPS offrant la planification familiale après qu'une femme ait été prise en charge pour des complications liées à l'avortement. Au dénominateur, on inclura le nombre total de PPS offrant des services de SAA dans un pays donné.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Le nombre de PPS proposant le counseling et des méthodes de planification familiale aux patientes des soins après avortement}}{\text{Nombre total de PPS offrant des SAA}} \times 100$$

Les données nécessaires

Le décompte du nombre total de centres de santé ou d'hôpitaux offrant des SAA et le nombre total de centres de santé ou d'hôpitaux proposant de façon régulière la planification familiale aux femmes qui ont été prises en charge par les services de SAA.

Source(s) de données

Les statistiques de service des entrevues auprès de patientes ou l'observation même des services (de préférence) ; des entrevues auprès de prestataires (utiles) ; les registres et les dossiers des patientes (potentiellement utiles mais souvent incomplets ou inexacts).

But et questions

La période de convalescence après les services de SAA offre la possibilité pour les prestataires de services de santé de proposer des soins complets en matière de santé de la reproduction.

Les prestataires devraient proposer un counseling en planification familiale après tout service de soins après avortement, parce que les femmes peuvent retrouver leur fécondité dans un délai aussi bref que 14 jours après l'avortement, et avant les prochaines règles. Toute femme prise en charge pour des complications liées à l'avortement devrait être au courant des éléments suivants, avant de quitter l'établissement sanitaire : une grossesse peut survenir très rapidement et l'utilisation d'un moyen de contraception peut retarder une nouvelle grossesse si la femme souhaite adopter une méthode. Les méthodes de PF devraient être disponibles sur place ; et pour celles qui choisissent une méthode au moment de la prise en charge, le counseling devrait comprendre les éléments suivants : une évaluation de la situation personnelle de la femme, les choix en matière de contraception (on peut commencer à utiliser presque toutes les méthodes immédiatement après les procédures utilisées pour les SAA), l'utilisation de la méthode, les effets secondaires de la méthode choisie et les possibilités de réapprovisionnement. Dans les pays où les IST et le VIH/SIDA sont prévalents, les prestataires devraient inciter à l'utilisation d'une double protection (Ipas, 1999).

D'autres indicateurs possibles sont, entre autres :

- Le pourcentage de patientes des services de SAA qui bénéficient de counseling en matière de planification familiale pendant qu'elles sont prises en charge ;
- Le pourcentage de patientes des services de SAA qui acceptent une méthode de contraception pendant qu'elles sont prises en charge ; et
- Le pourcentage de patientes des services de SAA qui courent le risque de contracter le VIH ou d'autres IST et qui sont orientées vers des services de dépistage et de counseling.

Partie III.J

La Participation Masculine aux Programmes de SR

- Le nombre de consultations orientées vers les hommes, par type de service
- Le pourcentage d'hommes (conjoints) qui apportent leur soutien aux pratiques de SR de leur partenaire
- Le pourcentage de méthodes de contraception utilisées nécessitant la coopération de l'homme
- Le pourcentage d'hommes et de femmes qui discutent de sujets relatifs à la santé de la reproduction avec leur époux/épouse ou leur partenaire sexuel

LA PARTICIPATION MASCULINE AUX PROGRAMMES DE SR

Traditionnellement, les programmes en santé de la reproduction visaient uniquement les femmes. Cependant, depuis la CIPD en 1994, les programmes ont prêté de plus en plus attention à la participation masculine aux services en santé de la reproduction. Dans le Plan d'action du Caire, l'accent est mis sur le « besoin de promouvoir l'équité entre les sexes dans toutes les sphères de la vie ... ainsi que d'encourager et d'habiliter les hommes à prendre leurs responsabilités du point de vue de la sexualité, de leur comportement en matière de reproduction et de leur rôle vis-à-vis de la société et de la famille » (Nations Unies, 1994). Récemment, la planification familiale et d'autres programmes se rapportant à la santé de la reproduction ont accru leurs efforts visant à impliquer les hommes dans leurs programmes, parce que l'on reconnaît que les hommes exercent une influence importante sur la santé des femmes et des enfants, tout en ayant des besoins en matière de santé qui leur sont propres. De nombreux défenseurs de l'implication des hommes dans les programmes en santé de la reproduction croient que cela pourrait mener vers une plus grande équité entre les sexes.

Lorsqu'il est question de genre, ce terme est souvent mal interprété comme étant synonyme avec des questions de femmes, mais le genre se rapporte aux rôles socioculturels tenus tant par les femmes que par les hommes. Les hommes, tout comme les femmes, se retrouvent face à des obstacles liés au genre dans le domaine de la santé de la reproduction. Les programmes sensibles au genre reconnaissent que les inégalités entre les sexes exercent une influence importante sur la santé sexuelle des hommes comme sur celle des femmes. Les programmes qui visent à améliorer la situation des femmes devraient aussi reconnaître que les hommes ont une influence sur l'état de santé des femmes.

Les normes relatives au genre qui forment un obstacle à la participation des femmes aux programmes en santé de la reproduction sont aussi celles qui peuvent

constituer un obstacle pour les hommes. Les hommes sont souvent décrits comme les clients oubliés, en particulier des services de planification familiale. Les obstacles à la participation des hommes sont autant socioculturels qu'institutionnels.

Les définitions socioculturelles de la masculinité font qu'il est difficile pour les hommes de rechercher des informations ou des services en matière de santé de la reproduction. Les hommes qui souhaitent limiter la taille de leur famille se heurtent souvent aux normes selon lesquelles le nombre d'enfants équivaut à la virilité. Ces normes dissuadent les hommes d'utiliser les services de santé de la reproduction, quels qu'ils soient. Certaines sociétés incitent les hommes à prendre des risques au niveau sexuel, par exemple, à fréquenter des travailleuses du sexe. D'autres ont avancé que le comportement à risque s'étend aussi à avoir des rapports sexuels sans utiliser de préservatif (Foreman, 1999). Dans certaines cultures, on assimile la masculinité à l'exercice du pouvoir sur les femmes. Les craintes éprouvées par les hommes de perdre ce pouvoir (souvent éveillées lorsque les femmes deviennent celles qui prennent les décisions en matière de planification familiale) peuvent mener à de la violence faite aux femmes.¹

Les hommes qui souhaitent utiliser les services disponibles se heurteront aussi à des obstacles liés au genre. La participation des hommes au système de santé s'arrête souvent à la porte de la clinique. Lorsqu'ils accompagnent leur partenaire à l'établissement de santé, souvent, il n'y a pas de programmes qui les encouragent à participer ou leur permettant de le faire. Les hommes se soucient de la prévention et du traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), et pourtant, il arrive souvent qu'ils ne sachent pas où ces traitements sont disponibles. Les hommes se préoccupent aussi de l'impuissance et de la stérilité et sont plus susceptibles que les femmes de travailler dans des domaines

¹ Voir la partie III. K pour une plus ample discussion sur la violence.

comportant des risques environnementaux ou dans des professions pouvant entraîner des problèmes du système reproductif. Cependant, tout particulièrement dans les régions les plus reculées et les zones rurales, c'est la santé des femmes qui est surtout soulignée.

Les approches employées par les initiatives pour la participation masculine et leurs objectifs

Greene (1999) a décrit l'évolution observée au niveau des initiatives visant à accroître la participation masculine dans le domaine de la santé de la reproduction. Elle définit tout particulièrement quatre approches en matière de participation masculine :

L'approche traditionnelle de la planification familiale : Cette approche, celle qui a prévalu dans ce domaine avant la CIPD du Caire en 1994, souligne avant tout l'apport de méthodes de contraception aux femmes afin de diminuer la fécondité.

Le cadre de référence hommes-planification familiale : Cette approche sous-entend que les hommes peuvent empêcher que les femmes aient recours à la contraception et qu'eux-mêmes, ils constituent un groupe inexploité d'utilisateurs potentiels de contraception. Cette approche considère les hommes avant tout comme un moyen d'accroître la prévalence de la contraception.

Le cadre de référence de l'égalité des hommes : Cette approche se caractérise par des programmes conçus pour desservir les hommes en tant que clients des services de SR de la même manière que ces services ont desservi les femmes, en accord avec le Programme d'action du Caire qui faisait appel à une attention accrue aux besoins individuels des femmes, des hommes et des adolescents.

Le cadre de référence de l'équité entre les sexes : Cette approche s'applique à la relation entre les femmes et les hommes et au partage des responsabilités et des actions. Elle met l'accent sur les hommes en tant que partenaires qui soutiennent les femmes et elle reflète ainsi l'esprit du document de la CIPD et la transformation des rôles sociaux qui imposent une limite à la santé de la reproduction et aux droits de procréation. Cette approche souligne la manière dont les services sont fournis et sur les possibilités d'émettre et de renforcer les messages en faveur de l'équité des sexes, plutôt que de préciser quels services de SR devraient être fournis et à qui.

Les initiatives en matière de SR visant les femmes ont généralement des objectifs de comportement clairement définis : accroître la prévalence de la contraception, favoriser le recours à une personne qualifiée au moment de l'accouchement, accroître l'utilisation de préservatifs pour la prévention des IST et du VIH, accroître la prévalence de l'allaitement au sein, et ainsi de suite. En revanche, il n'y a pas d'objectif unique commun en matière de comportement qui sous-tende les programmes pour la participation masculine. Dans certains cas, on ne peut y distinguer aucun objectif se rapportant aux comportements. Dans de tels programmes, l'idée est plutôt que la participation masculine est une fin en soi.

Si les initiatives pour la participation masculine ont des objectifs précis relatifs aux comportements, c'est qu'ils ont évolué avec le temps, en accord avec les quatre approches définies plus haut. Dans le cas des deux premières approches (traditionnelle, et les hommes et la planification familiale), l'objectif principal est le même que celui des programmes orientés vers les femmes, c'est-à-dire, d'accroître la prévalence de la contraception. Toutefois, les programmes qui ont suivi la troisième approche (l'équité des hommes) visent à accroître l'utilisation de services de SR pour hommes, le premier des objectifs décrits ci-dessous. Souvent, les objectifs des programmes travaillant dans une perspective d'équité entre les sexes sont l'un des suivants, à savoir, d'améliorer la communication au sein du couple, d'accroître le soutien aux pratiques des femmes dans le domaine de la SR, et de transformer les normes sociétales se rapportant au genre qui ont un impact négatif sur la santé des femmes.

A mesure que la santé de la reproduction s'étend au-delà de la planification familiale pour recouvrir une gamme plus vaste de sujets, la possibilité que les hommes participent davantage se renforce. Par exemple, les hommes jouent souvent un rôle dominant dans la prise de décisions se rapportant directement aux comportements pour la prévention du VIH/SIDA. Les hommes jouent un rôle essentiel au niveau du soutien financier et logistique lorsqu'une femme a besoin de soins obstétricaux d'urgence, ainsi que de soins après avortement.

Les programmes pour adolescents cherchent à atteindre les garçons sautant que les filles, non seulement avec des informations et des services pour leur permettre de se protéger et de protéger leur partenaire, mais aussi par le biais des messages se rapportant à l'équité des sexes.

Les hommes font aussi partie du public visé par les programmes pour l'élimination de l'excision féminine (EF). Alors que les programmes de planification familiale avaient tendance à s'adresser surtout aux femmes, la gamme étendue des interventions en SR ouvre la voie à un rôle plus important pour les hommes. Bref, là où les objectifs des initiatives pour la participation masculine s'étendent au-delà de l'accroissement de l'utilisation de la contraception, ils tendent à inclure l'un ou plusieurs des objectifs suivants :

(1) Accroître l'utilisation des services de SR visant les hommes

Les besoins des hommes en matière de santé de la reproduction comprennent un vaste ensemble de services : la planification familiale, la prise en charge et la prévention des IST et du VIH/SIDA, la stérilité, les problèmes sexuels (impuissance), et autres. Les hommes ont aussi besoin de cliniques et de médecins en mesure de fournir des soins confidentiels sans porter de jugement. Le personnel du programme devrait garder à l'esprit que tout comme les femmes, les hommes ne constituent pas un groupe homogène. Les besoins des adolescents diffèrent de ceux des hommes mariés, des hommes plus âgés, des hommes atteints du VIH/SIDA ou des hommes homosexuels. Il est cependant plus difficile d'atteindre les hommes que les femmes, pour qui les services de santé maternelle et infantile ont été conçus. Généralement, les hommes sont beaucoup moins susceptibles d'avoir utilisé les services de santé d'une clinique que les femmes.

Les services visant les hommes peuvent se présenter sous plusieurs formes. Dans certains pays, des cliniques pour hommes seulement ont été mises en place. Dans d'autres, des horaires spéciaux ont été établis (ou des soirées spéciales) pour les hommes dans des établissements desservant les femmes ou le grand public. D'autres pays ont fait une publicité plus étendue de leurs services (par ex., la prise en charge des IST ou la vasectomie) de façon à atteindre un nombre plus élevé d'hommes, ou encore, ils ont ajouté des services pour augmenter le nombre de possibilités pour les hommes et améliorer les services existants (par ex., les vasectomies sans scalpel).

(2) Améliorer la communication au sein du couple

Les recherches effectuées jusqu'à présent dans le domaine de la planification familiale montrent que les couples qui prennent leurs décisions ensemble en matière de contraception ont tendance à présenter

des taux d'utilisation de la contraception plus élevés (Huezo et Malhotra, 1993). Les femmes peuvent avoir une certaine perception de ce que leur partenaire considère être la taille idéale de la famille ou de leur désir d'avoir d'autres enfants, et ces perceptions peuvent s'avérer erronées lorsque le couple aborde vraiment le sujet. De la même manière, la communication au sein du couple est essentielle lorsqu'il s'agit de négocier pour l'utilisation de préservatifs ou d'une méthode de planification familiale naturelle.

Certes, une communication accrue au sein du couple constitue un objectif désirable, mais notons cependant quelques limites. Une communication accrue au sein du couple ne signifie pas nécessairement une communication meilleure. Cela n'assure pas non plus que les femmes aient un rôle égal dans la prise de décision. Il faut que les programmes soient certains de ne pas saboter, sans le vouloir, la capacité des femmes à prendre des décisions relatives à la SR impliquant les hommes. Par exemple, une campagne au Zimbabwe a fait appel à des sportifs pour encourager les hommes à jouer un rôle plus important au niveau de la prise de décision en matière de planification familiale ; mais en fait, cela n'a fait qu'accroître le pourcentage d'hommes qui pensent qu'ils devraient contrôler seuls la prise de décisions dans ce domaine (Piotrow et al., 1992).

(3) Encourager les hommes à soutenir les femmes dans leurs pratiques en matière de SR

En plus de répondre aux préoccupations des hommes en matière de santé de la reproduction, le fait d'impliquer les hommes peut aussi contribuer à améliorer la santé des femmes. En général, ce n'est pas de façon isolée que les femmes prennent leurs décisions concernant leur propre santé de la reproduction. Plutôt, ce sont leurs maris et d'autres membres de la famille qui les influencent. Les hommes sont importants en ce qu'ils apportent le soutien nécessaire aux niveaux physique, financier et émotionnel permettant aux femmes d'accéder aux services de santé de la reproduction. Ou, inversement, ils forment un obstacle pour beaucoup de femmes qui souhaitent protéger leur santé dans ce domaine. Certains programmes visant à améliorer la santé des femmes incitent les hommes à :

- S'assurer que leur partenaire reçoit une alimentation adéquate au cours de la grossesse ;
- S'assurer que leur partenaire accède à des soins prénatals ;

- S'assurer que leur partenaire a accès à des soins obstétricaux d'urgence, si elles en ont besoin ;
- Prévenir la propagation des IST et du VIH ; et
- Apporter leur soutien aux familles en encourageant l'éducation tant des filles que des garçons, une alimentation adéquate, et des soins de santé pour tous.

Il faut noter toutefois que ce ne sont pas toutes les femmes qui souhaitent que leur partenaire soit "impliqué." Certaines d'entre elles utilisent des moyens de contraception contre la volonté et à l'issue de leur époux. D'autres ont peur de parler de planification familiale ou de l'utilisation du préservatif, de peur que leur époux devienne violent. Bref, il faut que les programmes s'assurent que les clientes **souhaitent** que leur partenaire soit impliqué avant que le programme ne commence à les impliquer.

(4) Changer les normes sociétales se rapportant au genre qui ont un impact négatif sur la santé des femmes

Même si la transformation des normes sociales peut sembler être une tâche impossible, au cours des 30 dernières années, nous avons été témoins d'un changement très prononcé en ce qui concerne le caractère acceptable de la planification familiale. L'idée que d'avoir de nombreux enfants mâles est un signe de virilité a changé dans de nombreux pays du monde. Certains programmes ont commencé à concentrer leurs efforts auprès des hommes avec pour but d'exercer une influence sur les normes sociales relatives à la promiscuité, aux rapports sexuels forcés et à la violence. Au Nicaragua, par exemple, un programme du FNUAP, « Apoyo a los Servicios y Acciones de IEC del Ejército de Nicaragua en Derechos y Salud Sexual Reproductiva » (Soutien aux services de santé sexuelle et de la reproduction et aux initiatives d'IEC pour l'armée du Nicaragua) a travaillé en vue de sensibiliser les soldats de l'armée nationale aux questions relatives à la sexualité, en particulier à la prévention des IST et de la violence faite aux femmes (FNUAP, 2000).

D'autres programmes ont cherché à promouvoir des comportements particuliers visant à une diminution des risques tant pour les hommes que pour les femmes, en promouvant l'abstinence ou la retardation des premières relations sexuelles, la diminution du nombre de partenaires sexuels, l'utilisation des préservatifs lors de chaque relation sexuelle, particulièrement avec des partenaires occasionnels.

Les programmes se rapportant à des questions culturelles plus vastes, telles que l'excision génitale féminine et le mariage précoce des filles, ont aussi commencé à inclure les hommes dans leurs activités, avec pour but de changer leurs attitudes en ce qui concerne ces pratiques profondément enracinées.

Les défis méthodologiques de l'évaluation de la participation masculine

Malgré l'intérêt accru porté récemment à ce domaine, relativement peu d'organisations ont évalué l'efficacité de ces programmes. La plupart des projets ont été complétés à échelle réduite et peu ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. Même si les initiatives pour la participation masculine n'en sont encore qu'à leurs débuts, plusieurs défis à l'évaluation de ces programmes sont déjà manifestes.

- De nombreuses initiatives pour la participation masculine n'ont pas d'objectifs clairement définis en matière de comportements

Le but de l'évaluation est de vérifier si le programme a atteint les objectifs qu'il s'est fixés. Dans presque tous les autres domaines de la SR, les objectifs intermédiaires se rapportent aux changements attendus au niveau des connaissances, des attitudes et des comportements, qui, avec le temps entraîneront de meilleurs résultats au niveau de la santé (par ex., diminution de la fécondité, de la mortalité et de la morbidité). Jusqu'à présent, beaucoup d'initiatives visent à favoriser la participation masculine à leurs activités, apparemment comme une fin et non comme un moyen de parvenir à un changement significatif au niveau des comportements. D'autres initiatives ont les mêmes objectifs que les programmes visant les femmes (par ex., accroître l'utilisation de la contraception), mais n'ont pas les moyens d'isoler le rôle que joue la participation masculine dans le processus en question. C'est généralement en s'appuyant sur un certain nombre de suppositions concernant les bienfaits de la participation masculine que les programmes fonctionnent ; mais peu de programmes ont conçu des interventions s'appuyant sur un cadre de référence clairement défini (c.-à-d., illustrant par quelles voies la participation masculine améliorera la SR et les comportements qui s'y rattachent) qui puisse servir de base à une évaluation systématique.

- **Étant donné l'accent traditionnellement mis sur les femmes dans le domaine de la SR, il existe relativement peu de données sur les hommes**

Au cours des années 1980, on a vu une reconnaissance accrue du rôle que jouent les hommes dans la prise de décisions en matière de planification familiale ; suite à cela, l'EDS a commencé à recueillir un petit nombre de données concernant les hommes pour compléter le recueil de données conventionnelles concernant les femmes. Avec l'amplification de l'épidémie du SIDA, les hommes ont acquis une place plus importante au niveau des interventions de SR. Suite à cela, les enquêtes EDS et ESR ont recueilli davantage de données sur les hommes. Toutefois, c'est souvent l'utilisation conventionnelle des services que les statistiques de service de routine captent, avec un accent sur les femmes et les enfants, et non sur les hommes. Autrement dit, les données concernant les hommes sont moins disponibles que celles concernant les femmes.

- **Les mesures quantitatives (issues des enquêtes EDS ou ESR, ou des statistiques de service) ne captent pas la complexité de la dynamique des relations homme-femme**

Même si traditionnellement, on s'est fié à des indicateurs d'ordre quantitatif, ces indicateurs ne suffisent pas à guider l'élaboration et la mise au point des programmes pour la participation masculine. Afin de compléter les indicateurs quantitatifs (tels que ceux qui ont été inclus dans ce *Compendium*), on utilisera un ensemble de techniques qualitatives pour aider à la conception et à l'évaluation de programmes futurs.

La liste d'indicateurs présentée dans ce *Compendium* n'est pas du tout exhaustive. Il s'agit d'indicateurs à titre d'illustration qui correspondent aux quatre objectifs des interventions pour la participation masculine, en matière de comportements, tels que définis plus haut.

Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, l'évaluation de la plupart des initiatives pour la participation masculine soulignent les mesures de processus évaluant la participation des hommes aux activités en question. Jusqu'à présent, peu ont effectivement mesuré ces interventions du point de vue des impacts (par ex., au niveau des connaissances, des attitudes, des comportements). Les indicateurs qui suivent fournissent une illustration des types de mesure que l'on pourra utiliser pour évaluer les activités futures se

rapportant à la participation masculine, en fonction des objectifs mêmes de chaque intervention. En plus des indicateurs présentés dans cette section, les programmes pour la participation masculine pourront aussi employer un certain nombre d'indicateurs présentés pour les programmes de Communication pour le changement des comportements. (Voir la partie II.F.)

Indicateur

LE NOMBRE DE CONSULTATIONS ORIENTÉES VERS LES HOMMES, PAR TYPE DE SERVICE

Définition

Nombre de « consultations », à savoir, chaque fois qu'un individu cherche une aide dans un établissement donné (ou un service visant spécifiquement les hommes, dans le cadre d'un établissement plus grand).

La nombre de consultations sera le même ou plus important que le nombre de personnes utilisant le service en question (reflétant certaines consultations répétées au service).

Les données nécessaires

Le nombre de consultations, par type de consultation.

Source(s) de données

Les statistiques de service du programme en question.

But et questions

L'indicateur offre un reflet quantitatif des services offerts aux hommes pour des problèmes relatifs à la SR, ainsi que de la nature des problèmes pris en charge. Si le niveau de la demande reste élevé, il pourra être utile lorsqu'on veut justifier la poursuite de ce type de service. Il permet aussi aux gestionnaires de programme d'ajuster leurs choix en matière de personnel en fonction des services les plus en demande.

Une alternative à cet indicateur est le nombre d'individus qui recherchent des informations et/ou des services. Cet indicateur soulève la question de la possibilité de consultations répétées, ce qui ne constitue pas un problème dans le cas du « nombre de consultations ».

Cet indicateur représente un minimum d'informations nécessaires au suivi du recours par les hommes aux établissements de SR. Les études qui déterminent à quel point les clients sont satisfaits des services obtenus rehausseront le processus de suivi.

LE POURCENTAGE D'HOMMES (CONJOINTS) QUI APPORTENT LEUR SOUTIEN AUX PRATIQUES DE SR DE LEUR PARTENAIRE

Définition

Pourcentage d'hommes qui apportent leur soutien aux pratiques relatives à la santé de la reproduction de leur partenaire.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'hommes qui appuient les pratiques de SR de leur partenaire}}{\text{Nombre total d'hommes inclus dans l'enquête}} \times 100$$

En termes opérationnels, « qui apportent leur soutien » peut être défini de plusieurs manières, comprenant des attitudes envers des comportements spécifiques (par ex., le recours à la contraception), les réponses à des situations hypothétiques, et des actions ou des comportements rapportés.

Les « pratiques relatives à la santé de la reproduction » se rapportent aux comportements que les programmes de santé de la reproduction visent à promouvoir (par ex., il s'agit souvent des objectifs du programme) : l'utilisation de la contraception, l'allaitement au sein, l'accouchement avec l'aide d'une personne qualifiée, entre autres.

Les données nécessaires

Les réponses aux questions d'entretiens structurés ou approfondis.

Source(s) de données

Les enquêtes effectuées auprès de la clientèle masculine des établissements sanitaires ou d'autres lieux de prestation de services de santé de la reproduction pour hommes (basées sur les programmes) ou auprès d'hommes du grand public (basées sur la population). D'autres sources seront les enquêtes menées auprès des épouses de ceux qui participent aux programmes visant les hommes.

But et questions

L'un de moyens par lesquels un homme peut être « impliqué » dans la SR est en appuyant la pratique de comportements désirables en matière de santé de son épouse ou de son partenaire. Même si selon certains, ce type d'implication ne va « pas assez loin », dans les sociétés où les hommes n'ont pas apporté ce genre de soutien, cette implication peut constituer un important pas en avant.

On pourra évaluer le niveau de soutien apporté par les hommes aux pratiques des femmes en matière de SR en utilisant des questions de trois ordres différents : concernant les attitudes, les réponses aux situations hypothétiques, et les actions rapportées. Des exemples de questions pour chaque catégorie sont présentés dans l'encadré III.J.1. On pourra s'attendre à ce que ces réponses deviennent de plus en plus favorables au fur et à mesure que des interventions visant à accroître la participation des hommes sont mises en place.

Les réponses à cet ensemble de questions sont sujettes au biais, particulièrement si les hommes sont conscients que leurs attitudes ou comportements se démarquent des réactions acceptées par la société. La meilleure solution à ce problème sera pour les interviewers de poser ces questions en passant. Une autre approche sera d'effectuer des entrevues auprès des femmes au sujet des attitudes et des comportements de leurs époux en ce qui concerne la planification familiale, la grossesse sans risque, l'accouchement, le risque d'IST ou de VIH, et d'autres comportements préventifs. De tels récits pourront cependant être biaisés si les épouses savent que leurs maris participent aux activités pour les hommes et donc « s'attendent » à des changements au niveau de leur comportement.

Encadré III.J.1 Exemples d'éléments servant à mesurer le soutien apporté par les hommes aux pratiques de SR de leurs épouses ou partenaires

Attitudes :

Approuvez-vous ou n'approuvez-vous pas le fait que votre épouse/partenaire :

- (a) Emploie un moyen de contraception pour éviter la grossesse ?
- (b) Reçoive des soins prénatals au cours de la grossesse ?
- (c) Accouche en présence d'une personne qualifiée ?
- (d) Allaita votre bébé ?

Situations hypothétiques :

- 1) Si votre épouse/partenaire commençait son travail d'accouchement et qu'elle souffrait de complications mais que vous étiez absent, devrait-elle chercher d'elle-même à recevoir des soins de santé ou devrait-elle attendre votre retour ?
- 2) Supposez qu'une femme se doute que son mari/partenaire a des rapports sexuels avec plusieurs autres femmes. Est-il justifié ou non qu'elle suggère l'utilisation de préservatifs lors de rapports sexuels avec son mari/partenaire ?

Comportements mêmes :

- 1) Vous est-il arrivé de dire (ou de faire savoir à votre épouse/partenaire) que vous approuvez ou n'approuvez pas son recours à la contraception ?
- 2) Au cours de la grossesse la plus récente de votre épouse/partenaire, aviez-vous un plan pour l'amener à l'hôpital ou au centre de santé au cas où elle souffrirait de complications ? (Si oui, expliquez).

LE POURCENTAGE DE MÉTHODES DE CONTRACEPTION UTILISÉES NÉCESSITANT LA COOPÉRATION DE L'HOMME

Définition

Pourcentage de méthodes de contraception qui nécessitent la participation des hommes.

« L'utilisation de méthodes de contraception » se rapporte au nombre de personnes au sein d'une population donnée, de clients d'un programme donné ou de répondants dans le cadre d'une enquête qui répondent qu'ils utilisent une méthode de contraception (féminine ou masculine). Les méthodes qui nécessitent la coopération des hommes comprennent les suivants : la vasectomie, les préservatifs, le retrait, et l'abstinence périodique (par ex., le rythme).

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'utilisateurs qui indiquent que les hommes utilisent les préservatifs, ont eu une vasectomie, pratiquent l'abstinence périodique ou le retrait}}{\text{Nombre total d'utilisateurs de moyens de contraception}} \times 100$$

On pourra aussi calculer cet indicateur pour les nouveaux utilisateurs de moyens de contraception :

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux accepteurs qui choisissent les préservatifs, la vasectomie ou l'abstinence périodique}}{\text{Nombre total de nouveaux accepteurs}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses basées sur la population (recueillies auprès de femmes mariées en âge de procréer) ; les données de programme recueillies auprès de nouveaux utilisateurs au cours d'une période référence donnée (par ex., une année).

Source(s) de données

Les enquêtes EDS, ESR, ou toute autre enquête auprès d'un échantillon représentatif ; les statistiques de service.

But et questions

Cet indicateur permet d'évaluer dans quelle mesure les hommes prennent leurs responsabilités pour la contraception au sein de leur mariage ou toute autre forme d'union sexuelle. Traditionnellement, les programmes de planification familiale ont mis l'accent sur les femmes, et la plus grande proportion du recours à la contraception consiste en des méthodes contrôlées par les femmes (la pilule, le DIU, les contraceptifs injectables, les implants et la stérilisation féminine).

L'un des avantages de cet indicateur est que les données sont facilement disponibles grâce aux statistiques de service qui sont recueillies de façon régulière ou des enquêtes EDS ou ESR. Ses défauts sont de double nature. Premièrement, les interventions pour la participation masculine visent généralement une population dans une zone géographique réduite, et dans ce cas, ces enquêtes à grande échelle ne disposent pas de données adéquates pour permettre une évaluation (une enquête auprès d'un échantillon représentatif conviendrait cependant). Deuxièmement, les statistiques de service recueillies à partir des programmes sont facilement disponibles, mais elles ne parviennent pas à capter le recours à la contraception en dehors des établissements gouvernementaux ou d'ONG qui fournissent des services de planification familiale (par ex., les pharmacies, qui sont l'une des principales sources d'approvisionnement en préservatifs).

Ce ne sont pas toutes les initiatives pour la participation masculine qui sont conçues pour accroître la responsabilité des hommes en matière d'utilisation de la contraception. Cet indicateur ne s'applique que lorsque l'objectif de l'intervention est précisément celui-là.

LE POURCENTAGE D'HOMMES ET DE FEMMES QUI DISCUTENT DE SUJETS RELATIFS À LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION AVEC LEUR ÉPOUX/ÉPOUSE OU LEUR PARTENAIRE SEXUEL

Définition

Mesure dans laquelle les couples discutent de sujets relatifs à la SR.

Les « sujets relatifs à la santé de la reproduction » sont définis en termes opérationnels par rapport au contexte local (voir les exemples de sujets ci-dessous).

Les données nécessaires

Les réponses aux questions d'entrevue apportées par les personnes interrogées.

Source(s) de données

Une enquête de type EDS ; une enquête spéciale ; une enquête auprès des clients.

But et questions

Dans de nombreuses sociétés, il est interdit que les hommes et les femmes (même entre époux) parlent de sujets relatifs à la santé de la reproduction, tels que le recours à la contraception, l'utilisation de préservatifs pour la prévention des IST, les besoins nutritionnels des femmes pendant la grossesse, entre autres. Les interventions pour la participation masculine sont souvent conçues dans le but d'augmenter la prise de conscience des hommes aux sujets relatifs à la SR et d'accroître la communication au sein du couple sur ces sujets. Cet indicateur permet de vérifier dans quelle mesure les époux et les épouses ou autres partenaires sexuels discutent de sujets particuliers dans le domaine de la SR. Le concept de communication entre partenaires est pris au sens large. Il faut que les questions se rapportant à la communication avec le conjoint soient claires et concrètes si l'on veut générer des réponses valides. Parmi les exemples de questions, on trouvera les suivants :

- « De par le passé, avez-vous parlé avec votre époux(se) ou votre partenaire à propos :
- D'utiliser ou de recourir à la contraception afin d'éviter une grossesse ?

- D'utiliser des préservatifs pour prévenir les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH ?
- Du besoin d'avoir recours à une personne qualifiée au moment de l'accouchement (si l'épouse est enceinte) ?
- Du besoin de votre conjointe d'avoir une alimentation et du repos suffisants (si elle est enceinte) ?
- De faire exciser ou non votre fille (si cela s'applique) ? »

Une seule mesure de la communication entre conjoints est utile à des fins diagnostiques, mais elle ne suffit pas en tant qu'indicateur à des fins de suivi et d'évaluation d'un programme. Plutôt, il faut avoir recours à un type d'étude qui démontrera les effets de l'intervention ou d'une communication accrue entre conjoints.

L'on pourra concevoir des études dans le but :

- D'effectuer une comparaison entre les pourcentages de clients qui indiquent une communication spécifique avec leur conjoint sur des sujets précis avant et après avoir reçu des conseils ou toute autre intervention de CCC (note : il faut, pour suivre cette approche, interroger les clients à deux occasions différentes) ; et
- De comparer le pourcentage de clients dans des groupes expérimentaux avec ceux des groupes témoins qui indiquent une communication avec leur conjoint sur des sujets précis (c.-à-d. que dans le deuxième groupe, les conjoints ont participé à la séance de counseling, alors que dans l'autre groupe, ils n'y ont pas participé).²

² Dans le cas de cette forme d'étude, il faut une attribution au hasard des sujets inclus dans le groupe expérimental et le groupe témoin, ainsi qu'une mesure avant/après.

Partie III.K

La Violence Faite aux Femmes

- Existence d'une politique règlementant la violence faite aux femmes
- Nombre de consultations offertes en matière de VFF, par type de service
- Attitudes des prestataires de soins de santé envers la VFF ou aux services qui s'y rapportent
- Pourcentage de clientes satisfaites par les services à dimensions multiples offertes en matière de VFF

LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

La violence faite aux femmes (VFF)¹ est un sérieux problème de santé et social qui met en danger la santé de la reproduction des femmes et viole leurs droits en matière de reproduction. Des études au niveau transnational sur la nature et l'étendue de la violence faite aux femmes ont mis en évidence une forte prévalence de la VFF et une forte corrélation entre la VFF et une santé de la reproduction déficiente (Heise, Ellsberg et Gottemoeller, 1999). Les femmes sur qui l'acte sexuel a été forcé ou celles qui ne l'ont pas désiré sont plus susceptibles d'être à risque d'attraper des IST, y compris le VIH, et il leur est plus difficile de mettre en place les comportements qui pourraient les en protéger. Un dysfonctionnement sexuel, un délabrement de la santé mentale, des grossesses qui tournent mal et le recours à l'alcool ou aux drogues sont tous plus fréquents chez les femmes ayant été victimes de violence physique ou sexuelle. Les services de santé étant les seuls services auxquels chaque femme est susceptible d'avoir recours à un moment ou un autre de son existence, le rôle que ce secteur a à jouer dans le domaine de la VFF est crucial. Étant donné que la violence augmente le risque de bien d'autres problèmes de santé, son identification précoce peut aider dans la prévention d'autres facteurs de santé mettant la vie en danger (Heise, Ellsberg et Gottemoeller, 1999).

¹ La violence basée sur le genre est un terme général qui renvoie à tout acte perpétré envers une personne contre sa volonté, et qui est susceptible de causer du tort à sa santé physique et/ou psychologique, à son développement et à son identité. La violence est le résultat de rapports de pouvoir façonnés par les différences de genre, déterminés par les rôles attribués aux hommes et aux femmes par la société, et qui, dans le contexte de presque toutes les cultures, affecte de façon disproportionnée les femmes et les enfants. La violence peut être d'ordre physique, sexuel, psychologique, économique ou socioculturel. Les auteurs de ces actes pourront être, entre autres, des membres de la famille, de la communauté, et/ou ceux qui agissent au nom d'institutions culturelles, religieuses, ou étatiques.

La recherche en sciences sociales montre que la VFF est un comportement normatif dans de nombreuses sociétés (Sanday, 1981 ; Heise, Ellsberg et Gottemoeller, 1999) et qu'elle remplit à court terme des fonctions de relations sociales, et à plus long terme, maintient l'asservissement des femmes et la domination masculine (Dobash et al., 1992). Aussi, dans de nombreuses sociétés, est-il «normal», qu'un mari ait recours à la force physique contre sa femme pour la « tenir au pas » ; les relations sexuelles, réelles ou imaginaires, hors couple ou encore les digressions aux attentes en matière des rôles attribués en fonction du sexe, la prise en charge des tâches ménagères par exemple sont d'autres fréquentes excuses pour la VFF, la violence conjugale en particulier. Gifler, bousculer, secouer, étrangler, brûler, menacer une femme avec une arme ou encore la violer sont les formes sous lesquelles cette violence peut se manifester. Selon le pays, la violence faite aux femmes prend des formes différentes, aussi est-il nécessaire de comprendre comment le contexte local façonne à la fois la nature et les conséquences de la VFF.

Cette partie du *Compendium* met l'accent sur la violence faite aux femmes dans le contexte spécifique de l'évaluation des programmes de santé de la reproduction. À l'inverse de plusieurs autres domaines de la santé de la reproduction dans lesquels des programmes s'attaquant soit à un problème donné, soit à promouvoir un comportement particulier, sont déjà bien en place au niveau national, les programmes dans le domaine de la VFF en sont encore à leurs balbutiements. Dans les pays en voie de développement, les services pour la VFF tendent à être organisés d'une ou de deux façons. Dans un nombre restreint de pays, la lutte contre la VFF est la fonction principale des organisations indépendantes (généralement des ONG). Leurs programmes comportent généralement toute une gamme de services et d'activités (sensibilisation des législateurs, programmes de communication à travers les médias de masse ou les échanges interpersonnels, services sur le tas de conseils juridiques, de services sociaux ou de

santé offerts aux victimes de VFF, et d'autres activités connexes). Dans ces cas, la santé de la reproduction est incluse dans un programme d'activités qui l'englobe. D'autres pays n'ont pas ces programmes indépendants, mais ils offrent de l'assistance aux victimes de la VFF dans le cadre élargi de leurs services sociaux et de santé. L'assistance de ces organisations a tendance à se situer au niveau des conseils et des soins face aux problèmes médicaux et parfois psychologiques, mais ils réfèrent à d'autres services non médicaux (légaux, par exemple). Tous les indicateurs de cette section s'appliquent aux établissements indépendants (en autant qu'ils promulguent des services sociaux et de santé). Par contre, l'indicateur concernant la politique existante fonctionne mieux pour un programme indépendant avec volet de sensibilisation qu'à un programme de SR étendu offrant entre autres services, des services en matière de VFF.

Compte tenu de la mission de l'organisation, les programmes en matière de VFF poursuivent au moins un des objectifs suivants :

- Développer des politiques de santé et sociales en la matière à l'échelle nationale ;
- Sensibiliser les prestataires de soins de santé à la VFF et les former aux différentes techniques pour la reconnaître adéquatement et y réagir avec compassion ;
- Former des équipes dans les différents protocoles et procédures en matière de VFF : collecte de données de nature médico-légale, opération d'évaluation des dangers encourus, mise en place de plans de sécurité ;
- Informer/conscientiser les membres des cliniques et des hôpitaux par le biais de matériel éducatif ;
- Identifier les femmes qui ont subi des VFF à travers un filtrage des patientes ;
- Référer les femmes à des services internes ou externes (entre autres, conseil juridique, service d'abris, assistance psychologique) ; et
- Fournir des services directs sous forme de conseils juridiques ou d'assistance psychologique.

Nous avons développé plusieurs indicateurs qui se rapportent aux activités liées à l'élaboration de politiques et à la prestation de services. Dans le cas de ce dernier, à l'indicateur quantitatif sur le nombre des services offerts, nous y avons ajouté un autre évaluant de manière plus qualitative la perception que les clientes ont des services. Bien que réduire la violence faite aux femmes soit en

fin de compte l'objectif visé, nous n'avons pas inclus d'indicateurs de la VFF à l'échelle de la population pour les raisons suivantes:

Premièrement, dans le cas des programmes au niveau national tels que la planification familiale, on ne peut que s'attendre à observer les effets des différents programmes au niveau de la population entière (l'augmentation du recours aux contraceptifs parmi les femmes mariées en âge de procréer, par exemple). Cependant, dans les programmes visant une petite portion de la population ou dans ceux ayant une portée restreinte (les foyers d'adolescentes, par exemple), il est évident que l'on ne peut s'attendre à détecter des changements attribuables aux programmes dans des données concernant la population entière. Dans de tels programmes, les données de programme sont plus appropriées (par ex., des informations recueillies auprès de clientes ayant été en contact avec le programme).

Deuxièmement, le recueil des données valides en matière de VFF à partir d'enquêtes au niveau de la population dans son ensemble nécessite une attention particulière à une foule de considérations éthiques et méthodologiques. L'OMS a mis en place un ensemble de directives quant à la manière de mener les recherches en matière de VFF, pour obtenir des données valides tout en préservant la sécurité des répondantes et de ceux ou celles qui mènent les enquêtes. L'élément le plus crucial reste cependant le fait que de nombreux pays, vu le manque de mécanismes officiels ou de services sociaux spécifiquement conçus pour la VFF, ne sont pas en mesure de faire face aux questions de VFF d'une façon adéquate (une fois que des recherches les ont identifiées).

Troisièmement, les recherches menées en l'absence de tels mécanismes aboutissent souvent à des estimations de l'occurrence plus faibles que celles auxquelles on est en droit de s'attendre dans le cas d'enquêtes de niveau national, ce qui amène les législateurs à penser qu'il n'y a « pas de problème ». Pour ces trois raisons, nous ne tendons à ne pas nous servir de l'indicateur de prévalence de la VFF comme indicateur standard de l'efficacité des programmes. Nous lui avons substitué un indicateur sur l'existence de politiques de niveau national ou institutionnel. Compte tenu de l'aspect attrayant d'avoir quelques mesures au niveau national, l'alternative serait de retracer les attitudes au niveau communautaire au sujet du caractère justifiable de la VFF, des formes qu'elle prend et de la perception de la fréquence de son occurrence.

Finalement, l'entreprise de chercher à réduire la violence faite aux femmes est louable, mais c'en est une de longue haleine. Vouloir réussir cette entreprise par l'entremise d'interventions dans le *seul* domaine du système des soins de santé est hautement irréaliste. Si la « réussite » d'un programme en matière de VFF devait être mesurée par le seul facteur de la prévalence, l'éventuelle conclusion « d'échec » pourrait fort bien être erronée.

Macro International Inc. a mis sur pied un module sur la violence conjugale utilisé en lien avec le questionnaire principal de l'EDS. Ce module contient une série de questions sur les comportements abusifs ou violents chez les époux (ou ex-époux) ou partenaires, sur l'époque durant laquelle ils ont commencé, les conséquences physiques qui en ont découlé, s'ils consomment de l'alcool en excès, ainsi de suite. Le module comporte également des questions sur les éventuels comportements violents des femmes envers leur partenaire, sur les comportements violents de la famille et des connaissances, ceux du partenaire durant la grossesse, sur les demandes d'aide et les raisons pour ne pas demander d'aide et sur d'autres sujets connexes. L'intention première derrière ce module est, dans une société donnée, de déterminer l'ampleur que prend la violence conjugale, les formes les plus courantes que prend la violence, le contexte de ces actions violentes, ceux qui l'infligent et d'autres informations connexes. À ce jour, aucun pays n'a encore tenté d'utiliser de telles données pour évaluer les initiatives de programmes d'éradication de la violence.

L'enquête ESR a un module spécifique sur la violence exercée par des partenaires intimes (VPI) dans toutes les enquêtes menées en Europe de l'Est depuis 1997 et quelques enquêtes d'Amérique Latine depuis 1995. Ses questions se concentrent principalement sur deux types de violence faite aux femmes : 1) la violence exercée par le partenaire intime que la répondante a subi au cours de sa vie et au cours de l'année précédant l'enquête ; et 2) les relations sexuelles forcées qu'elle peut avoir subi à quelque moment de son existence. La violence exercée par des partenaires intimes, définie comme tous sévices, soient-ils verbaux, physiques ou sexuels, est explorée à l'aide d'une version modifiée de l'Échelle des tactiques de résolution des conflits (*Conflict Tactic Scale*, en anglais) (huit articles). De plus, chaque répondant(e) est interrogé(e) sur les brutalités physiques entre les parents dont ils peuvent avoir été témoins dans leur vie ou sur leur éventuelle expérience personnelle de sévices au cours de leur enfance ou leur adolescence. Ces données ont un puissant impact au niveau de la sensibilisation. Une ONG et un sénateur du Paraguay se sont servis

de données de l'ESR de 1995 au Paraguay pour faire passer la première loi du pays contre la violence à faite aux femmes.

Les défis méthodologiques de l'évaluation de programmes en matière de VFF

Bien que très peu a été fait empiriquement pour évaluer les programmes visant à réduire la violence faite aux femmes au niveau international, nous avons inclus cette section sur la VFF dans le *Compendium* de sorte à stimuler le débat sur les mesures les plus appropriées, en prévision de la prochaine mise en place de plus de programmes de ce genre. En dépit du manque de données empiriques sur ces programmes, il apparaît évident qu'il faut avoir des freins méthodologiques à tout travail dans ce domaine dans chacun des points suivants :

- **Les statistiques issues des programmes sur le volume de la clientèle, sont difficiles à interpréter.**

Certains programmes peuvent s'être fixés la réduction de la violence conjugale comme un objectif à long terme alors que les services qu'ils offrent aux femmes maltraitées sont à court terme. On a souvent recours aux statistiques provenant de tels programmes pour décrire la nature et l'étendue du problème qu'est la violence conjugale ; cependant, les statistiques sur l'utilisation des services sont ouvertes à toutes sortes d'interprétations et peuvent se révéler de ne pas mesurer l'occurrence de la violence dans une certaine région ou parmi une population spécifique que d'une façon très approximative. Ainsi, l'augmentation du nombre de femmes inscrites à un programme de lutte contre la violence domestique pourrait porter à prendre pour acquis que l'incidence de la violence domestique est à la hausse. De fait, il se peut que le changement provienne de ce que les femmes sont mieux informées de l'existence de tels programmes et que, compte tenu des informations qu'elles en ont, (un ouï-dire favorable, un communiqué des médias) elles soient plus disposées à y recourir ou de ce que les femmes opposent plus de résistance au recours par les hommes à la violence contre elles. En soi, l'augmentation du nombre de femmes ayant recours aux services à une portée ambiguë.² Cette difficulté d'interprétation des données tend à être plus conséquente au cours des premières années des programmes.

² Ce problème n'est pas unique à la VFF. Par exemple, une augmentation dans les services traitant les IST après une campagne sur le sujet n'indique pas nécessairement une augmentation dans l'incidence des IST.

- **Les statistiques des programmes quantitatives ne fournissent pas une illustration de la qualité du service offert.**

Même si un programme peut bien faire état de 400 unités de service auprès des clientes, les données quantitatives demeureront toujours impuissantes à parler de la qualité des services offerts ou de son efficacité à amener les clientes à faire face à leur situation personnelle. Un programme peut, par exemple, distribuer une grande quantité de matériel, mais si ce matériel comporte le soupçon d'un message culpabilisant de victime, son activité causera plus de mal que de bien. Que les prestataires de soins de santé soient tant durs et insensibles dans le dépistage de la violence exercée par des partenaires intimes, les bienfaits du service au bénéficiaire sont, pour le moins, à remettre en question. De la même façon, si les prestataires de soins travaillent dans le dépistage mais ne font rien pour les clientes qui sont des victimes, les statistiques sur le « nombre de cas dépistés » n'ont aucun sens. Et enfin, si le fait d'être orientée vers un autre service est perçu par les clientes comme un moyen de se débarrasser d'elles, « le nombre de réorientations » témoigne tout à fait inadéquatement des performances du programme. Les données qualitatives qui reflètent les perceptions des clientes quant à leur interaction avec ceux qui leur offrent les services sont indispensables pour compléter les indicateurs d'objectifs quantitatifs proposés dans cette section.

- **L'identification à des fins d'entrevue des clientes qui reçoivent des services de soutien en matière de VFF peut les mettre en danger, elles et l'enquêteur.**

L'évaluation de programmes en matière de VFF se heurte encore à d'autres difficultés : identifier et recevoir en entretien les femmes qui ont reçu de tels services peut fort bien les faire encourir des risques supplémentaires. Les évaluateurs doivent planifier leur collecte de données et la réaliser en entourant leurs clientes d'un maximum de protection. De plus, il se peut également que suite à l'entretien, des considérations d'ordre morales ou éthiques forcent l'enquêteur à intervenir (si les déclarations de la répondante indiquent qu'elle puisse être dans un danger mortel immédiat). En matière d'évaluation de programme, il est fortement déconseillé à l'enquêteur à l'issue de l'entrevue, « d'échanger son rôle » avec celui de l'éducateur ou du conseiller en santé, ne serait-ce que parce que sa formation ne s'étend pas à fournir des informations ou des conseils, sa réaction bien intentionnée pourrait bien être inadéquate. Recueillir

des données auprès d'une femme et rester sans rien faire pour rapport aux dangers potentiels qu'elle encoure serait contraire à l'éthique. Compte tenu de la nature délicate du sujet et de l'éventualité de mettre la cliente en danger, seuls les programmes ou les évaluateurs expérimentés en matière de technique de recherche sur la VFF devraient recueillir les données des clientes directement. Les lecteurs sont priés de se référer aux directives de l'OMS (1999d) pour plus d'informations à ce sujet.

- **Il n'est pas simple de recueillir des données valides sur les attitudes des prestataires.**

À cause des difficultés impliquées pour recueillir les données auprès des femmes qui ont subi des violences, il serait tentant d'enquêter à leur place, auprès des ceux qui les perpétuent. Cependant, la valeur des données relatives aux attitudes serait très limitée, parce que (en matière de VFF comme dans d'autres domaines) les attitudes peuvent ne pas être prédictives ou fortement reliées aux comportements. Bien que cela ne puisse être généralisé aux pays en voie de développement, Maiuro et al. (2000) ont publié un article fort utile concernant l'estimation des attitudes des prestataires de services face à la VFF à l'intérieur du système de santé Américain.

Les pages qui vont suivre contiennent plusieurs indicateurs pour évaluer les initiatives de lutte contre la VFF. Contrairement aux autres sections du *Compendium* qui se concentrent sur les mesures des résultats au niveau de la population, cette section s'intéresse plutôt aux questions relatives aux politiques et aux mesures de programme. Comme nous avons eu l'occasion de le souligner plus avant, en ce qui concerne l'évaluation des programmes de lutte contre la violence faite aux femmes, et compte tenu de la très faible échelle à laquelle ces programmes sont mis en œuvre, il est encore prématuré d'envisager pouvoir utiliser des mesures au niveau de la population ; sans oublier qu'à ceci s'ajoute encore les considérations d'ordre éthique se rapportant au maintien de la « rigueur scientifique », ce qui se fait parfois aux dépens des personnes impliquées dans ce type de travail d'évaluation.

Les lecteurs soucieux d'examiner ce sujet plus en profondeur sont priés de se reporter au dossier de recherche intitulé « *Reproductive Health Program Responses to Gender-based Violence Against Women : Conceptualizing Indicators for Monitoring and Evaluation* » (« Programme de santé de la reproduction à la rescousse de violence sexiste à l'égard des femmes :

conceptualisation des indicateurs pour le suivi et l'évaluation ») (Frye, Banwell, et Ellsberg, 2001). Dans ce document, les idées que nous avons ici présentées sont développées plus avant (par ex., au sujet des indicateurs de connaissance et de pratique des prestataires, administrateurs et directeurs).

EXISTENCE D'UNE POLITIQUE RÈGLEMENTANT LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

Définition

L'existence de déclarations gouvernementales formelles, de lois et de statuts affectant les politiques en matière de VFF peut également se rapporter à des règlements opérationnels, des directives, des normes et des standards (Cross, Jewell, et Hardee, 2001).

Les données nécessaires

La documentation précisant la politique.

Source(s) d'information

Registres de lois, registres administratifs, et autres documents gouvernementaux (nationaux, régionaux, et locaux) ; ainsi que des documents de politique interne d'un organisme.

But et questions

Le but de cet indicateur est de dépister les changements au niveau du contexte politique susceptibles d'affecter la prestation de services en matière de VFF et le bien-être des victimes de la VFF. De tels changements peuvent aussi bien survenir dans l'arène politique à travers des déclarations gouvernementales et des changements dans la législation, (ce que certains appellent la Politique avec un « P » majuscule) qu'au niveau organisationnel en termes des politiques et procédures utilisées dans le cadre des services de SR et des institutions qui orientent les femmes vers ces services comme la police, les services judiciaires et sociaux (politiques, avec un « p » minuscule). Cet indicateur constitue un cas particulier de l'indicateur sur l'**Existence de politiques, de plans, et de directives visant à promouvoir l'accès et/ou la qualité des services de SR** présentés dans la partie II.B.

Les experts en ce domaine prétendent que toute organisation impliquée dans la VFF devrait articuler la politique (avec « p » minuscule) de son approche face à la violence sexiste. L'organisation pourrait également prendre position et tenter d'influencer la politique gouvernementale (avec un « P » majuscule) et la législation en rapport, dépendamment de sa mission.

À l'analyse des documents concernant la VFF, il convient de prendre en considération la façon dont le document cerne le problème :

- La politique rend-elle bien compte de la VFF comme un phénomène social et de santé complexe et déterminé par de multiples facteurs ?
- La politique a-t-elle recours à une approche intégrée pour faire face à la VFF ou à une approche uni-sectorielle et fragmentée ?
- La politique travaille-t-elle en collaboration avec les organisations de femmes, aux premières lignes, avant même qu'une politique en matière de VFF soit mise en place ?

Même si le fait qu'il y est une politique en matière de VFF indique un intérêt politique pour le sujet, elle ne sera d'aucune utilité si elle ne se traduit pas en actions concrètes. Toute évaluation d'une politique en matière de VFF devrait s'arrêter à considérer les structures qui ont été réellement mises en place pour faire face aux besoins des victimes de VFF ainsi que l'agenda des mesures à travers lesquelles cette politique envisage de prendre pour endiguer la violence dans le futur. Ce qui explique que l'indicateur en question s'attarde à la fois sur les structures qui (1) offrent des services à celles qui ont subi la VFF mais aussi (2) entreprennent des initiatives visant à réduire ou à éliminer la VFF dans le futur.

NOMBRE DE CONSULTATIONS OFFERTES EN MATIÈRE DE VFF, PAR TYPE DE SERVICE

Définition

Le terme de « consultation » se rapporte au nombre de fois qu'une femme recherche de l'assistance pour des problèmes relatifs à la VFF auprès d'un centre particulier. Le nombre total peut inclure des visites de suivi, aussi leur nombre peut-il très bien excéder celui des femmes qui ont utilisé les services de ce centre au cours d'une année donnée.

Note : Une femme peut recevoir plus d'un service en une instance donnée (conseils plus orientation pour d'autres problèmes de santé). Il sera fort utile pour les directeurs de programme et les évaluateurs de suivre les différents types de service offerts (conseils, dépistage, orientation, traitement des blessures résultant de violence) afin de mieux comprendre les besoins de la clientèle. Ce travail déboucherait sur des données sur le nombre de fois qu'un centre de service en matière de VFF oriente vers des services connexes au cours d'une période référence (un an par exemple).

Les données nécessaires

Pour la totalité des centres (s'il y a lieu), le total du nombre de consultations offertes dans chaque centre.

Source(s) d'informations

Statistiques de services issues du centre ou du programme.

But et questions

Cet indicateur-ci fournit une mesure de l'étendue des services que le programme met à la disposition des clientes. Au cours des premières années du programme, les évaluateurs devraient faire le suivi des détails relatifs aux consultations de façon à mieux comprendre les problèmes et les besoins éventuels de la clientèle (cause de l'acte, type{s} de services offerts).

Parmi les indicateurs connexes (en lien avec les infrastructures en SR), on trouve les suivants :

- Le nombre de clientes ayant rapporté des actes de violence, en tant que un pourcentage de toutes les femmes qui se sont tournées vers les services en SR ;
- Dépistage actif en matière de VFF : pourcentage de tous les actes de VFF rapportés ayant été identifiés par le dépistage actif ; et
- Des soins post-violés, fournis en temps requis et appropriés : le pourcentage des victimes survivantes qui ont eu accès aux services en deçà de 3 jours après leur agression.

Les clientes fréquentant les locaux pour d'autres services sont plus susceptibles de rapporter un épisode de violence si elles ont le sentiment que ceux qui les reçoivent seront sensibles à leurs problèmes.

Comme il a été souligné dans l'introduction de cette section, l'interprétation de cet indicateur est quelque peu ambiguë. Le nombre de consultations pourrait augmenter à mesure que le temps passe, pas forcément du fait d'une intensification de la VFF, mais plutôt du fait que les femmes iraient plus volontiers se confier pour ce problème, surtout si les informations circulant de bouche à oreille sont en faveur du centre. Quoiqu'il en soit, une augmentation des services reçus devrait être un signe positif en ce qui concerne le programme.

On peut recourir à cette information pour montrer aux bailleurs de fonds que l'organisation a une action dans la communauté. Là encore, bien qu'une augmentation de leur nombre soit le signe d'une publicité par bouche-à-oreille favorable, l'indicateur est très peu parlant lorsque qu'il s'agit de vérifier si les femmes qui bénéficient du service sentent que cela les a aidées. De plus, leur nombre pourrait aussi s'accroître grâce à une publicité dans les

média ou à d'autres interventions de CCC se rapportant à la VFF. Dans l'idéal, les statistiques sur le nombre de consultations augmenteront aussi, plus particulièrement au cours des premières années du programme alors que de plus en plus de femmes en ayant besoin, apprennent que des services existent et aident des femmes victimes de violence.

Même si le programme n'a pas d'effets visibles au niveau de la population, les données sur l'utilisation des services aideront à justifier le maintien des services auprès des bailleurs de fonds intéressés à venir en aide aux femmes qui font face à des problèmes de violence conjugale.

ATTITUDES DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ ENVERS LA VFF OU AUX SERVICES QUI S'Y RAPPORTENT

Définition

Il s'agit des attitudes des prestataires de services par rapport aux rôles que la société place sur les femmes du fait de leur sexe, de la question de la VFF, du service qu'ils offrent en matière de VFF, et les femmes bénéficiaires de ces services.

Par attitude, on entend l'assentiment ou non d'une personne face à un certain comportement ou une certaine situation.

Les données nécessaires

Les réponses aux enquêtes ; les verbatim des focus groups.

Source(s) d'information

Les entrevues auprès des prestataires de services et les focus groups.

But et questions

L'indicateur identifie les fournisseurs de services qui font preuve d'une attitude passive, fataliste ou accusatrice envers la victime ou de toute autre attitude incompatible avec la qualité des soins sensibles au genre. A titre d'illustration, des exemples d'attitudes à mesurer sont présentés dans l'encadré III.K.1. Il est important de suivre ces attitudes au niveau individuel du prestataire, en ce qu'elles peuvent constituer de véritables obstacles (1) pour les femmes qui auraient à se plaindre de violence ou qui chercheraient des services à ce sujet et (2) à la prestation de services sensibles et appropriés.

Cette information est de nature à démontrer aux instances donatrices que l'organisation offre ses services avec compassion et sensibilité au sein de la communauté. De plus, l'indicateur parle pour la qualité de la formation que l'organisation fournit à ses prestataires de services de soins de santé.

Encadré III.K.1 Exemples d'attitudes à évaluer parmi les agents sanitaires concernant la VFF

Jugements stéréotypés selon le sexe :

- Une femme doit être vierge lorsqu'elle se marie.
- L'épouse ne doit jamais contredire son mari ;
- On peut accepter qu'une femme ait une carrière, mais le mariage et la famille passe en premier.
- Il y a quelque chose qui ne va pas avec une femme qui ne veut pas se marier et élever des enfants.

Attitude permissive devant la violence interpersonnelle:

- Être malmenée est stimulant sexuellement et/ou le signe de l'amour d'un homme pour une femme.
- Les femmes feront semblant de ne pas vouloir avoir de rapports sexuels parce qu'elles ne veulent pas avoir l'air dévergondé, mais en réalité elles espèrent que l'homme les y forcera.
- Une épouse devrait quitter le foyer si son mari la bat.
- Un homme a quelquefois de bonnes raisons de frapper son épouse.

Source: Burt (1980).

Indicateur

POURCENTAGE DE CLIENTES SATISFAITES PAR LES SERVICES À DIMENSIONS MULTIPLES OFFERTS EN MATIÈRE DE VFF

Définition

Le degré de satisfaction rapporté par les clientes envers les différents aspects des services offerts.

Cet indicateur est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Nombre de clientes qui se déclarent satisfaites des services reçus}}{\text{Total nombre de répondantes}} \times 100$$

Les données nécessaires

Réponses en matière d'attitudes (entrevues) ou textes verbatim (focus groups) sur les différents aspects des services reçus (voir l'encadré III.K.2).

Source(s) de données

Des entrevues en profondeur ou des enquêtes auprès des clientes ; focus groups réalisés avec les clientes.

But et questions

La perception subjective que les clientes ont du service reçu est un élément crucial de l'évaluation du programme. C'est elle qui permet à l'évaluateur de vraiment mesurer l'adéquation des services offerts dans le programme et des besoins de la clientèle à laquelle il s'adresse. Si les clientes ne trouvent pas que le service les aide ou si elles estiment qu'il les frustre ou les déresponsabilise davantage encore, l'intervention aura échoué. De plus, le feedback des clientes est capital lorsqu'il s'agit de mettre à jour des moyens d'améliorer le programme. Et enfin, les évaluateurs peuvent mettre en parallèle le feedback des clientes avec les informations recueillies auprès des prestataires pour développer une compréhension plus équilibrée de la dynamique du programme.

Cet indicateur est à la merci de biais de courtoisie chez les répondantes. La tendance des répondantes lors des entrevues à la sortie de répondre positivement au sujet des services qu'elles reçoivent (d'une façon plus positive qu'elles ne le ressentent vraiment) est omniprésente

parmi les clientes de tous les services. Cependant, cette tendance est probablement encore plus marquée chez les femmes victimes de violence conjugale tant ces dernières se sentent vulnérables et redoutent que le moindre commentaire négatif puisse remettre en cause leur accès futur à ces services. Il convient d'être extrêmement attentif à tout élément que les clientes pourraient évaluer que ne serait-ce que légèrement plus bas que d'autres, ils pourraient s'avérer être des aspects qui ont besoin d'être améliorés. De plus, étant donné que les probabilités de réponses sincères à cette série de questions sont très variables d'un pays à l'autre, cette information est utile surtout lorsqu'il s'agit d'évaluer un centre spécifique sur une certaine période de temps plutôt que d'établir des comparaisons entre pays.

Ici, les questions d'ordre éthique entourant les études sur des femmes victimes de VFF sont importantes (note : se rapporter à la discussion dans la section d'introduction). Les porte-parole des organisations féminines locales ont leur rôle à jouer pour faire en sorte que la collecte des données n'aggrave pas davantage encore le problème de la cliente.

Cet indicateur sur la satisfaction de la cliente fournit une mesure de l'un des aspects de la qualité de soins. Pour éviter le problème du biais de courtoisie, une autre approche serait d'évaluer certains aspects objectifs du contexte dans lequel les services sont offerts : la formation du personnel, la disponibilité d'espaces respectueux de la vie privée pour le dépistage et l'existence de protocoles et leur mise en application. Bien que l'Évaluation de la prestation de services (l'enquête au niveau des établissements disponible pour usage conjoint avec l'enquête auprès des ménages de l'EDS) ne s'applique pas la VFF en tant que telle, de nombreux éléments pourront en être adaptés dans ce but.

Encadré III.K.2 Exemples à titre d'illustration de questions relatives aux attitudes se rapportant au niveau de satisfaction des clientes par rapport aux services offerts en matière de VFF

Entrevue auprès de la cliente:

- Est-ce que le/la prestataire de soins de santé (PSS) vous a garanti respect de votre vie privée et de la confidentialité ?
- Est-ce que le PSS a réagi à vos inquiétudes et a satisfait vos besoins ?
- À votre avis, est-ce que le PSS a pris vos inquiétudes et vos besoins en considération ?
- Vous êtes-vous sentie comme si le PSS vous traitait respectueusement ?
- Vous êtes-vous sentie écoutée par le PSS ?
- Avez-vous été en mesure d'exprimer vos inquiétudes et vos besoins concernant la situation de violence auprès du PSS ?
- Vous êtes-vous sentie comme si le PSS était en train de vous forcer à une certaine décision au sujet de la situation de VFF ?
- Est-ce que le PSS vous a fourni, au sujet de vos recours en santé, sociaux et légaux des informations de façon à ce que vous puissiez bien les comprendre ?
- Avez-vous bien compris vos possibilités de recours en matière de santé, de droits sociaux et légaux ?
- Est-ce que le PSS vous a fourni des informations concrètes qui vous ont aidée à prendre une décision ?
- Avez-vous eu l'impression que le PSS tenait à ce que vous preniez vos propres décisions ?
- Avez-vous eu l'impression que le PSS supportait la décision que vous avez prise ?
- Est-ce que le PSS vous a donné le sentiment que vous étiez responsable de la situation de VFF ?
- *Si vous avez été référée*, est-ce que le PSS semblait penser que l'orientation proposée serait en mesure de vous aider ?
- *Si vous avez été référée*, Est-ce que le PSS vous a orientée d'une façon qui vous a laissé entendre qu'ils y accordaient de l'importance ?

(Banwell, Ellsberg, et Frye, 2001)

Partie III.L

L'Excision Génitale Féminine

- Pourcentage de la population informée au sujet de l'excision génitale féminine : statut juridique, position religieuse, risques de santé
- Pourcentage de la population en faveur de la poursuite de la pratique de l'excision génitale féminine
- Pourcentage de femmes âgées de 15 à 19 ans ayant subi l'excision génitale féminine

L'EXCISION GÉNITALE FÉMININE

L'excision génitale féminine (EF) ou circoncision féminine est un terme générique pour toute pratique impliquant la coupure des organes génitaux de la femme entraînant une ablation partielle ou une lésion des organes féminins pour des raisons non thérapeutiques, culturelles ou autres (Toubia, 1995 ; OMS 1995b). Le terme de mutilation génitale féminine qui est également utilisé pour décrire cette pratique met l'accent sur l'aspect permanent des dommages physiques causés aux organes génitaux féminins. (Yoder, Camara et Soumaoro, 1999).

L'excision des femmes est très ancrée dans les sociétés africaines. Elle est pratiquée dans plus de 16 pays. Par contre, elle est inconnue ou très rare dans au moins 20 autres pays d'Afrique. Les zones de pratique sont moins délimitées par les frontières politiques que par les zones culturelles transnationales. (Akweongo et al., 2001). Davantage un phénomène de société qu'un phénomène religieux, l'EF se retrouve à la fois dans des contextes musulmans et chrétiens. Bien que plusieurs pays en aient interdit la pratique, le degré d'application de cette mise à demeure varie d'un pays à l'autre. En Guinée par exemple, où elle est passible d'emprisonnement à perpétuité, nul n'a jamais été inculpé pour cette raison (Yoder, Camara, et Soumaoro, 1999). D'un autre côté, les autorités Ghanéennes s'appliquent à poursuivre et à condamner les contrevenants. De plus, chaque arrestation est montée en épingle par les médias de sorte à en faire une humiliation sociale visant à dissuader toutes les personnes qui envisageraient d'y avoir recours. (Reason, 2001).

L'OMS (1996d) a regroupé les types de circoncision féminine en quatre catégories :

- Type I : l'excision du prépuce avec ou sans excision totale ou partielle du clitoris ;
- Type II : l'excision du prépuce et du clitoris avec ablation totale ou partielle de la lèvre inférieure. Quarante-vingt pour cent des EF sont de ce type ;

- Type III (l'infibulation) : l'excision partielle ou totale des organes génitaux extérieurs avec fermeture par couture ou le rétrécissement de l'ouverture du vagin. C'est en Afrique du Nord que cette pratique est la plus répandue ; et
- Type IV : implique l'agrandissement du vagin (introcision) ; la piqûre, le percement, l'incision ou la cautérisation du clitoris ; le raclage des tissus entourant l'orifice vaginal ; ou l'incision de la paroi vaginale antérieure ou postérieure (entailles gishiri) ; et parfois des substances corrosives ou des herbes sont introduites dans le vagin de façon à provoquer des saignements ou à resserrer ou rétrécir la cavité vaginale.

Une revue de plus de 400 articles et rapports sur l'EF publiée en 1995 par Obermeyer montre que ces pratiques résultent : (1) en effets à court terme tels la douleur, les hémorragies, les états de choc et l'infection ; (2) en effets à long terme tels les infections urinaires, des cicatrices, des problèmes de fertilité et des complications à l'accouchement ; et (3) en effets à long terme sur la sexualité de la femme et sur ses relations sociales et affectives (Obermeyer, 1999). Bien qu'il ait souvent été avancé que l'entaille des parties génitales de la femme entraînait souvent la mort et des complications graves, la revue d'Obermeyer n'apporte pas vraiment d'évidence pour soutenir cette affirmation. En fait, il n'existe aucune évidence solide de mortalité, et l'état actuel des recherches tendrait à montrer que les complications graves sont en fait relativement rares. Il est tout à fait probable qu'il y ait une explication à cette apparente contradiction entre les suppositions courantes et les évidences empiriques disponibles dans les domaines politique, économique et éthique tant au niveau international qu'au niveau national. Obermeyer en conclut que « la rareté de l'évidence concernant les complications résultant des opérations sur les parties génitales de la femme vient tout probablement du fait qu'il y a moins d'études axées sur leurs effets nocifs que sur la sécurité relative de ces opérations ».

La réaction de la communauté internationale face à l'EF est passée de l'absolutisme culturel des missionnaires chrétiens de la première partie du vingtième siècle à un relativisme culturel pour revenir à une position plus absolutiste défendue dans la plupart des tendances du mouvement des femmes et de plus en plus maintenant par les institutions internationales (Caldwell, Orubuloye et Caldwell, 1999). Au cours des années 1920 et 1930, les missionnaires chrétiens s'étaient attaqués à la pratique parce qu'elle s'opposait aux mœurs chrétiennes. Au cours des 50 années qui suivirent, l'attitude face à cela fut surtout celle d'un relativisme culturel. Dans les années 1950, l'OMS s'est gardée de prendre position contre l'EF, prétextant que les dimensions dans lesquelles ces pratiques s'enracinaient étaient avant tout sociales et culturelles. À l'inverse de cela, au cours des 20 dernières années, les mouvements de femmes, de concert avec les ONG, ont fait pression sur les organisations internationales pour qu'elles œuvrent dans le sens de l'éradication de l'EF. Beaucoup d'occidentaux n'arrivent pas à s'expliquer pourquoi cet état de choses ; ils continuent de considérer cette pratique ahurissante et exécrationnelle.

Les motivations derrière l'EF sont complexes. Les groupes féministes ont attribué le maintien de ces pratiques à la domination masculine et au patriarcat des traditions africaines. Leurs défenseurs invoquent la purification de la jeune fille (en amoindrissant ces désirs sexuels), sa socialisation à travers l'instruction qu'elle reçoit durant son isolement, et la garantie de sa fidélité. Bien que cela ne soit en rien une généralité, le point de vue enraciné dans certains pays et que les hommes préfèrent épouser des femmes qui ont été circoncises et donc sont prêts à leur payer plus en biens de mariage (« le trousseau »). Caldwell, Orubuloye et Caldwell (2000) mettent en évidence le respect des traditions et la conformité sociale : « le cœur du problème est la crainte que les jeunes filles soient vues délinquantes aux attentes sociales et donc potentiellement immariables, et qu'elles deviennent des objets de forte méfiance ».

Dans les médias occidentaux, deux aspects manquent à ce tableau : (1) les femmes jouent elles-mêmes un grand rôle dans le maintien de ces pratiques, et (2) la jeune fille prend la « décision » de se soumettre à l'EF (Akweongo et al., 2001 ; Yoder, Camara et Soumaoro, 1999 ; Caldwell, Orubuloye et Caldwell, 2000). Traditionnellement, les femmes plus âgées (mères, co-épouses et chefs de cercle) maintiennent les pratiques en mettant les jeunes filles sous d'énormes pressions pour qu'elles s'y soumettent.

Plus que la contrainte physique, c'est plutôt l'ostracisme social et la moquerie qui poussent les jeunes filles à se faire circoncire.

Jusqu'à présent, plusieurs études montrent que bien que les pratiques soient encore solidement enracinées, des signes de changement commencent à apparaître au sein des populations urbaines plus éduquées. À l'occasion d'une étude par focus group dans le nord du Ghana, la tendance dominante penchait encore en faveur de l'EF. Une minorité cependant croyait que les messages négatifs autrefois dirigés vers la femme non excisée se manifestent plus maintenant à travers des attitudes négatives envers la pratique (Akweongo et al., 2001). Dans une certaine région de la Guinée, les femmes ne semblent pas être disposées à abandonner ces pratiques, mais elles sont tout à fait prêtes à en adopter des versions moins drastiques (Yoder, Camara et Soumaoro, 1999).

Dans la plupart des pays où l'EF est pratiquée, des groupes locaux (souvent des ONG) soutenus par des agents internationaux ont élaboré des programmes pour combattre l'EF. Quatre différents modèles de stratégies d'intervention sont mises en œuvre pour réduire la pratique de l'EF¹ : (1) informer les populations, (2) choisir parmi les membres de la communauté quelques individus pour jouer le rôle d'agents de transformation au sein de leur communauté incluant des femmes qui ont refusé l'EF (déviantes positifs), (3) intégrer des messages anti-EF au corps même des initiatives de développement et (4) renforcer les efforts de sensibilisation (Abdel-Tawab et Hegazi, 2000).

Dans l'idéal, l'évaluation de telles initiatives devrait aboutir à un modèle de transformation des comportements. Plus particulièrement, les évaluateurs sont en mesure de choisir des indicateurs qui pourront rendre compte du progrès effectué vers les résultats souhaités. En lien avec les changements d'attitude par rapport à l'EF, Izett et Toubia (1999) décrivent cinq étapes différentes : pré-envisager, envisager, préparer, agir et maintenir. Ceci est un modèle qui recoupe tant soit peu celui des transformations idéales présentées à la partie II.F. Les indicateurs que nous avons présentés dans cette section étaient le reflet des composantes de connaissances, attitudes et comportements du précédent modèle. Cependant, l'une des différences les plus importantes est que chacun de ces trois indicateurs

¹ Bien que les auteurs aient fondé leur analyse sur l'Égypte seulement, les mêmes catégories semblent aussi s'appliquer à d'autres pays.

de résultat peut renvoyer à des acteurs différents dans la prise de décision relative à l'EF. On pourrait, par exemple, vouloir mesurer le statut des connaissances et des attitudes par rapport à l'EF auprès de ceux qui vont décider ou encourager une jeune fille/femme à subir l'EF (par ex., les aînés du village, les mères, les belles-mères). Cependant, la mesure réelle de la pratique (dans ce cas, le résultat) repose sur la jeune femme qui a (ou n'a pas) subi l'EF.

Jusqu'à présent, très peu d'interventions anti-EF ont été évaluées. Dans la mesure où ils existent, de tels efforts ont mis l'accent sur le processus : la participation aux ateliers et autres rencontres, la réaction des participant(e)s à l'atelier et l'acquisition des connaissances évaluée par des pré- et post-tests. Les observations de Abdel-Tawab et Hegazi (2000) se rapportant à l'Égypte s'appliquent également aux autres pays où l'EF est mise en pratique :

Les ONG font rarement le compte-rendu des processus auxquels elles ont recours pour mettre en place les interventions, des forces et des faiblesses de chacune de leurs approches, des difficultés qu'elles rencontrent face à leur mise en place et comment elles les surmontent. De même il n'y a pratiquement pas d'évidence empirique de l'impact de ces différents modèles de programme d'intervention.

Une source prometteuse de bonnes données concernant l'EF est le module élaboré par Macro International Inc. en lien avec l'enquête EDS. Jusqu'à présent, cette recherche a été un diagnostic en soi, menant à une meilleure compréhension de cette pratique et des conditions dans lesquelles elle s'enracine. Les indicateurs que nous avons présentés dans ce chapitre sont tous les trois des mesures de population, et on retrouve également deux d'entre eux dans le module EDS. On pourra aussi y recourir pour cerner les transformations. Dans la plupart des cas cependant, il sera difficile de les attribuer aux interventions de programme (en l'absence d'un groupe témoin). Ces trois indicateurs basés sur la population peuvent aussi être utilisés dans des études de moindre envergure conçues expressément pour l'évaluation des interventions relatives à l'EF. Il faut s'attendre à ce que l'éradication de ces pratiques prenne de nombreuses années (malgré les progrès considérables dans certains pays tels que le Ghana). Aussi devrait-on rendre compte des signes de transformation avec non seulement des chiffres témoignant du recul de la pratique en soi, mais aussi à travers les connaissances et les attitudes qui s'y rattachent.

Les défis méthodologiques de l'évaluation des programmes pour l'éradication de l'excision génitale féminine

Jusqu'à présent les gouvernements et les ONG ont fait plusieurs tentatives en vue d'éradiquer l'EF. Au cours des années 1980 et 1990, divers groupes ont examiné toutes ces pratiques dans certains pays à travers les médias dans l'espoir de voir la communauté internationale exercer une pression sur les gouvernements locaux pour les éradiquer. Suite à quoi, l'EF est maintenant illégale dans de nombreux pays d'Afrique : le Burkina Faso, la République Centrafricaine, la Côte d'Ivoire, Djibouti, le Ghana, la Guinée, le Sénégal, la Tanzanie et le Togo (Centre pour les droits reproductifs ou Center for Reproductive Law and Policy, CRLP, 2001). Toutefois, cela ne veut pas forcément dire que ces pays mettent effectivement ces lois en application. Un second sursaut d'initiatives nées au début des années 1990 a tenté d'éradiquer l'EF en attirant l'attention des communautés sur les facteurs qui maintiennent les pratiques d'EF et en les aidant à explorer d'autres moyens d'amener les jeunes filles vers leur vie de femme. Ces initiatives cherchent à conserver les aspects culturels positifs qui se rattachent aux cérémonies traditionnelles, tout en éliminant le côté traumatisant physique et psychologique de l'EF (Nazzar et al., 2001 ; LSC, 1998a ; LSC, 1998b). Peu d'organisations ont fait une évaluation systématique de ces initiatives ; souvent, leur mise en place est tellement décourageante que les évaluer semblerait bien aléatoire. Cependant, des exceptions notoires commencent à se mettre en place.

Ainsi, le Centre de recherches en santé du Navrongo est en train de mener une expérience d'information auprès des communautés empêcher la pratique de l'excision féminine parmi les Kassena-Nankana du Nord du Ghana. Au cours de la première phase de cette expérience de quatre ans, l'équipe de recherche aura recours à des méthodes basées sur des données qualitatives pour essayer de mettre à jour la complexité sociale qui se cache derrière les pratiques de l'excision féminine, pour concevoir des stratégies socialement acceptables afin de faire face à ces traditions et d'envisager d'éventuelles activités de proximité pour empêcher l'EF. Dans une seconde phase, l'équipe tirera des leçons du microprojet pilote au niveau des villages pour tester l'impact à une plus grande échelle de la communauté de ce qui a été mis en place à la Phase I. L'intervention durera quatre ans. À l'inverse du nombre des programmes d'interventions à l'échelle nationale cités dans ce *Compendium*, ce projet n'aura pour terrain qu'un seul village isolé du Nord du

Ghana. Ce projet illustre bien deux des problèmes méthodologiques que l'on est susceptible de rencontrer lors des évaluations d'interventions visant à éradiquer l'EF.

- **Au fur et à mesure que les gens vont prendre conscience de l'illégalité de ces pratiques et de leur caractère inacceptable, les biais dans les réponses vont se multiplier.**

Les programmes visant à empêcher ces pratiques commençant à atteindre un nombre de personnes de plus en plus important, ceux qui, auparavant, auraient rapporté ces pratiques, seront de moins en moins enclins à le faire. Un moyen de faire face à ce problème serait de recueillir des informations à partir de sources plurielles (par ex., la jeune femme, ses parents et d'autres membres de la communauté).

L'incidence du fait d'occulter l'information peut se rattacher à l'âge de la répondante, plus particulièrement si elle est consciente des initiatives anti-EF et/ou est plus soucieuse d'apparaître « moderne ». Aussi, le pourcentage par tranche d'âge des femmes circoncises peut être soumis à ce biais.

- **Les membres de la population clé peuvent quitter la maison parentale, créant alors un problème de « censure » au niveau des données.**

En matière de recherche sur l'EF, la population clé à laquelle on s'intéresse est celle des jeunes filles. Or, dans les zones rurales, il est très fréquent que les jeunes adultes quittent leur maison pour aller gagner de l'argent dans les villes. Dans les zones de forte migration vers les zones urbaines, les études ancrées dans les zones rurales peuvent subir un taux de « perdus de vue » en ce qui concerne les adolescentes (Nazzar et al., 2001). Les résultats seront moins biaisés si celles qui émigrent sont moins susceptibles d'être excisées que celle qui restent (il s'agit de la sélectivité).

En lien toujours avec l'EDS menée en 1995 en Égypte, la troisième considération méthodologique à prendre en compte est la suivante :

- **Les femmes peuvent ne pas être en mesure de dire si oui ou non elles ont été circoncises.**

Les informations auto-rapportées sont toujours biaisées, surtout en ce qui concerne une procédure de type médical, telle que le type de circoncision effectué. Certains chercheurs spécialisés dans le domaine de l'EF se sont demandés si les femmes **savent** si elles ont été excisées ; il n'est même pas sûr que leurs maris le sachent.

Cette question a été soulevée dans le cadre de l'EDS menée en Égypte en 1995, un pays où la prévalence de l'EF est élevée (97 pour cent en 1995). Une étude clinique spéciale a comparé les réponses des clientes (auto-rapportées) à l'évidence physique obtenue au cours de l'examen pelvien réalisé par des gynécologues qui ont reçu une formation spéciale. Les 1 339 femmes incluses dans l'étude (des patientes des cliniques se présentant pour des services de planification familiale ou pour des problèmes gynécologiques) n'étaient pas représentatives de la population nationale, mais elles ont cependant offert une base utile pour cette étude. Dans 94 pour cent des cas, l'information rapportée par la femme concordait avec l'évidence physique de la quantité de tissu coupé au cours de la circoncision. Dans 5 pour cent des cas, les femmes disaient être excisées alors qu'en fait les gynécologues n'en trouvaient aucun signe physique. Et un pour cent des femmes ont rapporté qu'elles n'étaient pas excisées alors qu'en fait, elles l'étaient (El-Zanaty et al., 1996).

Les résultats de cette seule étude portent à penser que les femmes soient en mesure de rapporter de façon exacte le type de procédure qui a été effectué. Ils sont cependant en contradiction avec les preuves de nature anecdotique indiquant que certaines femmes ne savent peut-être même pas si elles ont été excisées, encore moins quel type d'excision elles ont subi. De plus, alors que les programmes de promotion et d'information relatifs à l'EF sont de plus en plus nombreux et que cette pratique devienne de moins en moins acceptable socialement ou de moins en moins « moderne », la fiabilité des données auto-rapportées risque d'en être amoindrie.

Les indicateurs qui suivent sont tous de nature qualitative. La recherche qualitative est essentielle au développement d'une compréhension plus profonde de l'EF. L'un des domaines prometteurs pour y effectuer des recherches supplémentaires se rapporte aux rituels de passage et aux droits relatifs à la puberté. Par exemple, on peut se demander, comme Reason (2001) : « Est-ce que des changements se produisent dans le temps en réaction

aux initiatives visant à éradiquer l'EF ? ». Étant donné qu'il s'agit d'un domaine nouveau de l'évaluation des programmes, nous limiterons les indicateurs proposés au nombre de trois. Nous nous attendons en même temps à ce qu'au fur et à mesure que les travaux dans ce domaine avancent, de nouveaux indicateurs émergent. Dans des versions antérieures de ce volume, nous avons inclus un quatrième indicateur se rapportant au degré de sévérité de l'excision pratiquée. L'idée derrière cela était que le fait d'aller vers des formes moins drastiques d'excision représentait une forme de progrès. Toutefois, après les conseils des commentateurs, nous avons abandonné cet indicateur, étant donné qu'il pourrait sous-entendre que des formes moins drastiques d'EF seraient acceptables.

POURCENTAGE DE LA POPULATION INFORMÉE AU SUJET DE L'EXCISION GÉNITALE FÉMININE : STATUT JURIDIQUE, POSITION RELIGIEUSE, RISQUES DE SANTÉ

Définition

Par « être informé » au sujet de l'EF, on entend le fait de disposer d'informations précises factuelles au sujet de cette pratique, que cela ait un effet ou non sur les attitudes qui s'y rattachent. Les éléments précis pourront varier selon les pays, mais à titre d'illustration, des éléments de connaissance comprennent les suivants.

Au niveau juridique : La pratique de l'excision féminine est-elle légale ou illégale dans ce pays ?

Au niveau religieux : Est-ce que l'Islam exige que les filles soient circoncises ?²

Les risques de santé : Est-ce que les filles qui subissent l'EF font face à plus de risques que celles qui ne l'ont pas subi ?

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de répondants qui sont informés (du statut légal/de la position de la religion/ des risques de santé) de l'EF}}{\text{Nombre total de répondants}} \times 100$$

Pour ce genre de question, c'est le terme employé au niveau local qui est utilisé, plutôt que la classification de l'OMS présentée plus haut.

Les données nécessaires

Les réponses aux questions de l'enquête.

Source(s) de données

Une enquête représentative de la population.

But et questions

Un premier pas important vers l'éradication de l'EF sera d'accroître le degré de sensibilisation concernant la pratique et de chasser les mythes les plus répandus.

Les deux éléments essentiels les plus utiles à cette fin sont les suivants : (1) que l'EF est illégale dans un pays donnée et (2) que dans le cadre de l'Islam, l'EF n'est pas obligatoire.

Un troisième élément souvent mis en relief par les groupes de défenseurs de l'éradication de l'EF se rapporte aux conséquences négatives de l'EF sur la santé. En effet, dans les études réalisées jusqu'à présent, la principale objection à cette pratique a été les conséquences néfastes sur la santé. Il semblerait donc logique de poser des questions sur cet élément de connaissance. Cependant, la question des conséquences négatives de l'EF n'est pas clairement définie. Comme nous en avons fait part dans l'introduction à cette section, la revue d'Obermeyer (1999) a décrit les effets à court terme (douleur, hémorragie, état de choc et infection) et les effets à long terme (infections urinaires, lésions des tissus, problèmes liés à la fécondité et des complications liées à l'accouchement) ; toutefois, l'évidence issue de cette revue suggérerait que les complications graves sont relativement peu fréquentes. Obermeyer en conclut que les conséquences négatives sur la santé existent bel et bien, mais non sans une mise en garde sur le fait que l'évidence disponible est moins frappante que les récits anecdotiques pourraient porter à faire croire. Si l'on cherche à évaluer les « connaissances précises » au sujet de l'EF, il faudrait donc prendre garde de ne pas exagérer la fréquence des conséquences négatives sur la santé, même si les activistes luttant contre l'EF soulignent ces conséquences comme étant l'une des principales raisons pour en bannir la pratique.

Aussi, les informations concernant le statut juridique de l'EF pourraient renforcer la résolution de la part des membres de la communauté de décourager cette pratique. Et les informations au sujet de la foi islamique et de sa position face à l'EF pourraient dissiper le mythe très répandu soutenant que les femmes musulmanes doivent être circoncises.

² La réponse est non.

Ces questions sont aussi utiles en tant que signes de progrès effectués suite aux campagnes publiques d'information conçues pour accroître le degré de conscientisation au sujet de l'EF et pour lutter contre les idées fausses au sujet de cette pratique.

Cependant, il arrivera que même en disposant de connaissances utiles et correctes, les gens ne modifient pas leurs attitudes ou leur comportement. Dans les régions où de puissantes conventions sociales influençant le rôle des femmes maintiennent en place la pratique de l'EF, ce sont ces forces qui prédominent, malgré des connaissances accrues.

Les évaluateurs devraient décomposer les indicateurs mesurant les connaissances par âge, sexe et niveau d'éducation, afin de mieux comprendre les différences entre ces sous-groupes.

POURCENTAGE DE LA POPULATION EN FAVEUR DE LA POURSUITE DE LA PRATIQUE DE L'EXCISION GÉNÉTALE FÉMININE**Définition**

Le terme de « poursuite » se rapporte à la continuation de la pratique de l'EF. L'expression « en faveur de » se définit en termes opérationnels par des éléments tels ceux qui sont énumérés ci-dessous.

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de répondants en faveur de poursuivre la pratique de l'EF}}{\text{Nombre total de personnes interrogées dans le cadre de l'enquête}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses apportées aux questions de l'enquête.

Source(s) de données

Une enquête représentative de grande échelle (par ex., de type EDS).

But et questions

La question suivante : « Pensez-vous que la pratique de l'excision féminine devrait se poursuivre, ou faudrait-il l'arrêter ? » (tirée du module sur l'excision féminine de l'EDS) fournit un indicateur utile du niveau d'acceptation de la pratique de l'EF dans un pays donné. On peut poser cette question à tous les répondants, hommes ou femmes, dans le cadre d'une enquête, et ensuite présenter les réponses séparément pour les hommes et les femmes. Une question semblable, qui convient dans le cas de femmes qui ont des filles, est : « Avez-vous l'intention de faire exciser l'une ou l'autre de vos filles ? » ou « Est-ce que l'une de vos filles a été excisée ? »

Les réponses données à ces questions dans le cadre d'enquêtes représentatives auprès de la population peuvent servir à deux choses : (1) elles mettent en relief les croyances que les campagnes publiques d'information devraient aborder en vue d'éradiquer cette pratique, et (2) elles servent de « signes de progrès » si des données issues de deux enquêtes ou plus sont disponibles.

Pour tout effort visant à abolir l'excision féminine, il faut tenir compte des croyances les plus répandues à ce sujet au sein de la population concernée. Le module de l'EDS sur l'excision permet de mesurer des croyances particulières en faveur de la poursuite de la pratique de l'EF. D'autres sources citent ces mêmes croyances en utilisant des termes légèrement différents. Aux fins d'évaluation, il est possible de suivre les changements au niveau des attitudes face à l'EF grâce à des enquêtes auprès de la population. A titre d'illustration, voici quelques croyances en faveur de la poursuite de l'EF :

- Les hommes préfèrent les femmes qui ont subi une excision (de meilleures perspectives pour le mariage) ;
- L'Islam/la religion exige que les femmes soient excisées ;
- L'excision est une bonne tradition/elle fait partie de notre patrimoine culturel ;
- L'excision est importante en ce qu'elle permet d'éviter la colère des ancêtres ;
- L'excision féminine apporte plus de plaisir au mari ;
- L'excision féminine permet de protéger la virginité ;
- L'excision permet d'empêcher l'adultère ; et
- L'excision forme une part importante de l'identité des femmes.

Cet indicateur et la question du genre

L'EF est une pratique traditionnelle visant à la base à contrôler la sexualité des femmes et à rendre une femme « mariable ». Même si elle représente une violation des droits des femmes et des filles, des femmes seront tout aussi susceptibles que les hommes de favoriser la continuation de cette pratique dans la mesure où elles croient aux mythes perpétués dans le but de la soutenir (par ex., que les femmes non excisées sont « sales », ne peuvent pas donner naissance et sont de mœurs faciles). De nombreux groupes s'opposant à l'EF cherchent maintenant à atteindre des hommes, des femmes, des garçons et des filles par le biais d'informations qui contrebalancent les mythes avec des faits, soulignant les risques de santé résultant de l'EF, et qui favorisent la compréhension de l'équité entre les genres et des droits de la personne.

Indicateur

POURCENTAGE DE FEMMES ÂGÉES DE 15 À 19 ANS AYANT SUBI L'EXCISION GÉNITALE FÉMININE

Définition

Cet indicateur renvoie à toutes les formes d'EF qui ont été décrites dans l'introduction. Dans le module de l'EDS qui s'y rapporte, la question est : « Avez-vous, vous-même, été excisée ? »

On calcule cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de femmes âgées de 15 à 19 ans qui répondent avoir été excisées}}{\text{Nombre total de femmes âgées de 15 à 19 ans interrogées dans le cadre de l'enquête}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les données auto-rapportées ; les réponses apportées aux questions de l'enquête.

Source(s) de données

Une enquête représentative de grande échelle (par ex., de type EDS).

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure du succès des initiatives de programme visant à faire reculer la pratique de l'EF. Même si le but des programmes d'éradication est d'éliminer complètement cette pratique pour tous les groupes d'âge, c'est parmi les 15 à 19 ans que les changements seront le plus facilement notés. Dans la plupart des sociétés où se pratique l'EF, la procédure se fait avant ou au moment de la puberté ; ainsi, toute diminution au niveau de l'incidence de la pratique sera d'abord observable au niveau de ce groupe d'âge.

Si des changements se produisent au sein de ce groupe d'âge au niveau de cette variable, on pourra approfondir l'analyse de ce changement en fonction des niveaux d'éducation, de la situation géographique, de la religion et d'autres variables qui pourront peut-être aider à expliquer le changement et identifier les éléments innovateurs.

Il convient cependant de mentionner une mise en garde, se rapportant l'échantillon utilisé pour l'enquête. Dans les pays où l'enquête EDS se limite aux femmes mariées (par ex., en Égypte), le fait de tirer des conclusions au sujet des tendances au niveau de la pratique de l'EF pourra induire les enquêteurs en erreur, puisque les femmes qui se marient alors qu'elles sont encore adolescentes sont plus susceptibles d'être excisées que celles qui se marient plus tard. Au sein des populations où la pratique de l'EF est en train de diminuer, les comparaisons de données issues d'EDS sur l'EF dans différents groupes d'âge ne permettront pas de montrer les changements qui se sont effectivement produits. En bref, lorsqu'on estime la prévalence de l'EF en utilisant des données issues d'enquêtes EDS ou autre, il faut inclure dans l'échantillon toutes les femmes âgées de 15 à 19 ans (Mensch, 2001).

Un indicateur connexe est l'âge au moment de l'excision. Au Ghana, les lois interdisant la pratique de l'EF la rendent peut-être souterraine, et l'une des conséquences pourra être une pratique de l'excision génitale sur des filles plus jeunes. L'évaluation des programmes visant à éradiquer l'EF devrait suivre cette variable comme étant l'une des conséquences involontaires.

Partie III.M

La Santé de la Reproduction en Situations d'Urgence

- Nombre d'incidents de violence sexuelle signalés pour une population de 10 000 personnes
- Pourcentage d'établissements de santé disposant de fournitures suffisantes pour respecter les précautions universelles
- Nombres de préservatifs distribués par population de 1 000
- Nombre de trousse (kits) d'accouchement hygiénique distribués

LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION EN SITUATIONS D'URGENCE

De par le passé, les organisations humanitaires faisant face à des situations d'urgence – guerre, conflit civil, famine, désastres environnementaux – ne prenaient pas en considération les besoins en matière de santé de reproduction des populations auxquelles ils offraient de l'aide. Ils limitaient leurs actions essentiellement à pourvoir aux besoins en matière d'abri, de nourriture et d'eau, et de soins de santé à assurer pour éviter les décès dus aux maladies infectieuses.

Cependant la reconnaissance de l'importance des droits en matière de reproduction et des besoins des personnes affectées par des conflits armés a beaucoup évolué depuis 1993. Plusieurs événements ont souligné ce manque d'attention : en 1993, un éditorial du *Lancet* débattait de la liberté des réfugiés en matière de reproduction ; en 1994, une enquête sur les camps de réfugiés menée par la Commission des femmes pour les réfugiés femmes et enfants a mis à jour la quasi-absence des services de santé en matière de reproduction ; en 1994, des réfugiées Rwandaises en Tanzanie et la République Démocratique du Congo ont exigé d'avoir accès à des services semblables (au moins) à ceux dont elles bénéficiaient avant leur fuite (*The Lancet*, 1993 et Wulf, 1994). La Conférence internationale sur la population et le développement qui a eu lieu au Caire en novembre 1994, qui a épelé de façon précise les droits des réfugiés en matière de services de santé de reproduction, a contribué dans une large mesure à cette évolution (Nations Unies, 1995).

En bien des points importants, les réfugiés s'apparentent aux personnes des environnements stables qui, depuis des dizaines d'années, sont au centre des efforts de développement et des programmes en santé de la reproduction. En fait, il se peut même que déjà avant d'abandonner leur maison et leur village, ils étaient de ceux qui participaient à de tels programmes. De sorte que, les bons principes pour la conception et le suivi et l'évaluation des programmes peuvent s'appliquer également dans les situations de réfugiés.

Il n'en reste pas moins cependant que pour ce qui est des réfugiés, le fait d'avoir connu le conflit, la fuite et le déplacement, introduit des éléments que les planificateurs de programmes doivent prendre en considération en mettant en place leurs services en santé de la reproduction. La pauvreté, l'impuissance, la dislocation familiale et l'instabilité sociale qui sont le lot des personnes déplacées, peuvent donner une orientation particulière à leurs souhaits en matière de santé de la reproduction, à leur exposition à divers risques – les IST et la violence, notamment – ainsi qu'à leur capacité de réagir (McGinn, 2000). Les programmes en matière de santé de la reproduction ne doivent pas s'adresser uniquement aux populations déplacées, mais ils doivent tenir compte également des conditions de vie de toutes les personnes affectées par le conflit. Les personnes déplacées peuvent être isolées dans des camps ou vivre parmi les populations locales – souvent guère mieux loties qu'elles sur le plan matériel – à l'intérieur même des villes ou des villages. Dans un cas comme dans l'autre, le contexte social, politique, économique et physique est affecté par la présence des réfugiées et des organisations humanitaires qui les desservent. Au moment de déterminer les services requis et ceux à qui ils vont servir, les programmes doivent prendre en compte les questions d'équité et les éventuelles tensions entre les groupes.

La prise en compte des droits des réfugiés en matière de reproduction augmente encore la charge de responsabilités des agents humanitaires qui devraient fournir les services de santé que les réfugiés sont en droit de recevoir.

Définition des différents termes et des phases des conflits

En termes légaux, toute personne qui, ayant dû fuir son foyer, a passé une frontière internationale et n'est plus en mesure ou ne veut plus y retourner par peur de persécutions d'ordre racial, religieux, national, d'appartenance à un groupe spécifique ou d'opinion politique, peut légalement être qualifiée comme « réfugié ». D'une façon plus informelle, le terme inclut également toute personne

fuyant la guerre, le conflit civil, la famine et les désastres environnementaux. Les « personnes déplacées internes » (PDI) sont celles qui ont été forcées hors de leur foyer mais demeurent à l'intérieur des frontières de leur pays. Étant donné qu'il est impossible aux pays en état de conflit de fournir les services sociaux et de santé dont les PDI ont besoin, ou qu'ils refusent de le faire, et que la communauté internationale préfère ne pas outrepasser le droit souverain des états, il se peut que les PDI ne reçoivent que peu d'attention internationale et que les victimes restent sans aucune protection ni assistance.

Toute personne affectée d'une façon ou d'une autre par des conflits armés se trouve concernée, à savoir les réfugiés, les personnes déplacées, et les populations d'accueil des endroits d'asile. C'est à tous ces groupes que, d'une façon générale, et à moins que ce ne soit expressément spécifié, nous avons fait référence à chaque fois que nous utilisons les termes « réfugiés », « déplacés » ou « victimes de guerre ».

Les phases d'un conflit

Dans les cas d'urgence humanitaire complexes, il est fréquent de délimiter des phases permettant de donner une direction dans l'identification des besoins des programmes et à l'établissement des priorités. Le diagramme ci-dessous (Busza et Lush, 1999) fournit

une description utile des phases communément mises à l'ordre du jour. Soulignons qu'un conflit est rarement un processus linéaire. Il se peut très bien qu'une région en conflit affiche les caractéristiques de plus d'une phase à la fois et qu'elle en change constamment.

Dans les phases d'exode/d'urgence et de post-urgence, l'évaluation se limite généralement à la mesure des énergies déployées (intrants) et des sorties fonctionnels, particulièrement dans le domaine de la logistique. C'est une ironie, mais les évaluateurs recueillent également des données fiables sur la mortalité – qui est une mesure de résultats à long terme – au moins dans le contexte de camps fermés, et ceci, bien que les données ne sont pas réparties en fonction de l'âge, du sexe ou des causes particulières. Au fur et à mesure que la population évolue vers la phase de stabilisation et celles qui suivent, il se peut que le système de collecte de données s'étende à d'autres aspects des possibilités et besoins du milieu. Au cours de ces phases, il se peut que les programmes et les systèmes pour en assurer le suivi ressemblent beaucoup à ceux d'un contexte de développement et donc, rencontrent plusieurs des défis liés à la collecte de données dans ce domaine.

Phase du conflit	Description
Exode/Urgence	L'événement (déclaration de guerre ou explosion de violence) déclenchant la fuite, et suivi d'une dissolution des infrastructures et des services essentiels, ainsi que d'une décomposition de l'organisation politique et sociale. À ce stade, la mortalité, la morbidité, et la malnutrition sont à leur summum, et les gens peuvent être dans l'impossibilité d'accéder aux produits permettant de répondre aux besoins les plus immédiats.
Post-urgence	L'aide nationale et internationale a commencé à avoir un impact, et la plupart des besoins de subsistance sont couverts de façon régulière. Une certaine forme d'infrastructure informelle et de routine a été mise en place ; par contre, la stabilité politique et sociale peut encore être très précaire.
Stabilisation	Davantage de services sont remis en place et les gens se sont adaptés à la vie en exode. Cette phase peut se poursuivre sur plusieurs années.
Installation/Rapatriement	Bien que pour les personnes concernées, l'installation permanente dans un pays hôte et le rapatriement aboutissent tous deux à des expériences très différentes, ils attestent d'un certain niveau de résolution du conflit et, fréquemment, la fin de la dépendance envers les organismes d'aide. De nouvelles habitudes de vie se développent ou les anciennes sont reprises, et les besoins de la communauté deviennent ceux du développement à long terme.

Les défis méthodologiques de l'évaluation des programmes en santé de la reproduction en situations d'urgence

- **En temps de guerre, la destruction de l'infrastructure et des systèmes réduit la capacité des prestataires à mettre les services en place et à évaluer les programmes.**

Par définition, le conflit armé est destructif. En effet, l'une des stratégies de la guerre est de détruire l'infrastructure – routes, communication, services publics et établissements sanitaires. Les organismes qui travaillent en contexte de conflit doivent donc partir à zéro pour mettre en place les systèmes qui doivent leur permettre d'offrir leurs services et d'en évaluer l'efficacité. La prestation de services est prioritaire sur l'évaluation.

- **Les populations réfugiées se déplacent, alors que la mesure est une opération difficile.**

Les réfugiés se déplacent souvent plus d'une fois. Dans les premiers temps du conflit, les individus et les familles, dans leur recherche d'un refuge, peuvent entamer des déplacements de grande envergure. Mais, même une fois dans un contexte « stable », il n'est pas rare de voir se mettre en place des allées et venues de certains membres des familles à la recherche d'un travail ou retournant chez eux pour assurer leurs récoltes ou encore à la recherche d'un autre endroit pour se reloger. La fluctuation constante du dénominateur rend les mesures très compliquées.

- **La collecte des données peut être perçue par les réfugiés comme une opération coercitive, compromettant ainsi la qualité des informations.**

Même si le danger de biais de courtoisie et d'intimidation au cours de la collecte des données est présent quelle que soit la population, les réfugiés et les personnes déplacées sont à la merci des organisations qui sollicitent des informations auprès d'eux. De là à ce qu'ils voient leur participation et leurs réponses comme une garantie des services qui sont essentiels à leur survie, il n'y a qu'un pas.

- **La collecte des données est limitée aux populations accessibles.**

La documentation publiée ou non, favorise les réfugiés vivant dans des campements fixes, pour la simple

raison que l'accès aux autres groupes – les personnes déplacées, celles qui sont éparpillées ou qui vivent dans des contextes troublés – est souvent problématique voire impossible. Des considérations d'ordre sécuritaire d'une part, telles que les mines antipersonnelles ou le contact avec des combattants armés, et d'ordre pratique d'autre part, telles que le risque des voyages de nuit ou encore le manque de structures d'hébergement, font que les déplacements des équipes pour aller offrir leurs services ou pour recueillir des données soient difficiles. Le personnel des programmes doit alors être prudent de ne généraliser les informations à tous les réfugiés ou à toutes les personnes déplacées.

- **Les efforts de suivis des différentes instances peuvent ne pas être coordonnés.**

Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) est l'organisme intergouvernemental responsable du bien-être des réfugiés (à l'exception des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays qui sont sous la responsabilité de leur propre gouvernement). L'UNHCR, ainsi que d'autres organismes de coordination tels que le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (BCAH/OCHA), agit par le biais de nombreuses organisations gouvernementales humanitaires très réputées, chacune ayant une mission et des systèmes d'opération (bailleurs de fonds, finances, personnel et logistique) qui lui sont propres. Des efforts pour mettre en place un système de suivi commun ou de coordination de la collecte de données au niveau du terrain pourraient être faits par ces organismes de coordination ou organisations, mais ceci demeure une entreprise compliquée. Des normes minimales au niveau international ou interorganisationnel en matière d'interventions en cas de désastres, développées dans le cadre du Projet Sphère, ont rendu cela un peu moins ardu. Ces normes, précisées pour la première fois en 1998, ont été adoptées volontairement par les organisations humanitaires et elles deviennent de plus en plus répandues (The Sphere Project, 2000).

- **Les équipes techniques compétentes ne sont pas assez nombreuses.**

La réaction internationale face à une situation d'urgence implique de solides équipes médicales pour assurer les services. Cependant, pour de nombreuses tâches, il est également nécessaire de recourir à des équipes de bénévoles issus de la population réfugiée elle-même ; elles représentent la majorité des agents et ce, de plus en plus au fur et à mesure que la situation évolue vers sa

phase de stabilisation et que les organisations d'urgence se retirent. Cependant, en général, les réfugiées qui ont une certaine éducation et des capacités techniques ne sont pas ceux qui restent dans les camps ; ceux-là bénéficient d'alternatives plus sûres et plus attractives à travers leur réseau social. Et cet exode concerne précisément les travailleurs de la santé et les personnes qui ont de l'expérience en matière de recherche ou d'analyse de données.

- **Les organisations humanitaires et les bailleurs de fonds planifient à court terme.**

La spécificité des organisations humanitaires est dans la réaction immédiate aux urgences. Ceci est précisément leur mission ; pour la plupart, elles ne sont pas des organisations de développement à long terme. Pourtant, à l'échelle mondiale, la situation de la plupart des réfugiés et des personnes déplacées se situe dans la phase de stabilisation, les objectifs qui les concernent sont donc ceux des programmes à long terme. Les plans des bailleurs de fonds et des organisations humanitaires s'étalent en principe sur des cycles de 6 à 12 mois, ce qui rend la mesure des effets à moyen et à long terme tout à fait irréalisable. Paradoxalement, un programme reçoit souvent des fonds pour une période de 3 ans ou plus, mais en tranches de 6 mois, faisant qu'on ne se retrouve plus qu'avec des mesures de résultats fonctionnels les plus élémentaires.

Toutefois, plusieurs organisations assurent une fonction double, tant pour le soutien d'urgence que pour les programmes à long terme. Pour faciliter la transition des services, de la collecte de données et de la mise en application, nombreuses sont celles qui ont également fait en sorte que leur action immédiate soit en accord avec les besoins d'une action à long terme.

- **Pour nous guider, nous n'avons que peu d'expérience en matière de programmes et de recherches en matière de santé de la reproduction dans des situations de migration forcée.**

Nous commençons tout juste à comprendre les effets de la migration forcée sur les connaissances, les attitudes, les pratiques se rapportant à la santé de la reproduction et, en dernier lieu, l'état de santé dans ce domaine. Nous n'avons encore qu'une expérience limitée sur la manière de recueillir des informations au sujet des mouvements, de la santé mentale, de l'éparpillement des familles et des transformations sociales. Pourtant ces facteurs

pourraient fort bien être la clé de la compréhension des besoins, des souhaits, des ressources et inquiétudes des populations affectées par la guerre. La question a été soulevée à savoir si du point de vue éthique, on pouvait interroger des personnes traumatisées alors que les services ne leur sont pas encore disponibles.

Notre vœu, à mesure que notre expérience grandisse et que nous trouvions des réponses, est que cette information serve à améliorer les services, tant aux réfugiés qu'aux populations stables.

Les indicateurs

Les indicateurs compris dans cette section ont été élaborés par un consortium d'organisations* – des organisations multilatérales, des organismes gouvernementaux, des organisations non gouvernementales, des universités – dans un guide intitulé : *La santé reproductive en situations de réfugiés : un manuel de terrain inter organisations* (UNHCR, 1999). L'ouvrage adhère au principe classique des étapes de conflit et recommande la mise en place d'un **ensemble de services minimums d'urgence** au cours de la phase d'urgence – c'est-à-dire, la période en jours ou en semaines en début de la crise d'exode.

Nous ne recommandons d'avoir recours aux indicateurs décrits ici en détails que pour le suivi de la mise en œuvre de cet **ensemble de services minimums d'urgence**. Le *Manuel de terrain* recommande également qu'en matière de santé de la reproduction, des services étendus soient mis en place le plus tôt possible après la phase d'urgence ; il inclut également des indicateurs pour faire le suivi de ses services étendus. Nous avons inclus ici une liste récapitulative de ces indicateurs en faisant référence à ceux qui leur sont apparentés et qui sont mentionnés ailleurs dans ce manuel.

* Le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive des réfugiés comprend plus de 30 groupes humanitaires et de la santé de la reproduction qui se rencontrent régulièrement pour discuter des progrès et des besoins dans le domaine. Le groupe a joué un rôle primordial dans le développement et la révision de *La santé reproductive en situations de réfugiés : Manuel de terrain inter-organisationnel*.

NOMBRE D'INCIDENTS DE VIOLENCE SEXUELLE SIGNALÉS POUR UNE POPULATION DE 10 000 PERSONNES

Définition

L'indicateur se calcule comme suit :

$$\frac{\text{Nombre d'incidents de violence sexuelle signalés déclarés au cours d'une période de référence donnée}}{\text{Population totale du camp}} \times 10,000$$

Au cours de la phase d'urgence, les incidents de violence sexuelle sont communément définis comme des viols.

Les données nécessaires

Des informations sur le nombre d'incidents de violence sexuelle signalés au cours d'une période de temps donnée (ex., 6 mois) et des informations concernant le nombre total de personnes dans le camp des réfugiés.

Source(s) d'informations

Incidents de violence sexuelle rapportés à une source d'autorité, telle que le personnel de protection du HCR ou d'autres organismes, la police, les autorités locales ou l'équipe de l'établissement sanitaire.

But et questions

L'expression « violence sexuelle » recouvre « toutes les formes de menace sexuelle, d'agression, de violence domestique, d'interférence et d'exploitation incluant la prostitution forcée, de viol et de brutalité sans dommages physiques ni pénétration » (UNHCR, 1995). Dans la phase d'urgence, le viol est la forme de violence sexuelle qui reçoit le plus d'attention. Il est à remarquer, cependant, que des mesures de prévention et des interventions au niveau des autres formes de violence sexuelle ainsi que d'autres formes de violence sexuelle basées sur le genre devraient être incluses dans les programmes en matière de santé de la reproduction, après la phase d'urgence.

La violence sexuelle est fortement associée aux mouvements forcés de population. Dans ce contexte, tous les acteurs des mesures d'urgence se doivent d'être bien conscients de ce problème, et des mesures préventives doivent être mises en place.

En cas d'intervention d'urgence, il faudrait suivre les principes inclus dans le manuel *Violence sexuelle à l'encontre des réfugiés: Principes directeurs concernant la prévention et l'intervention* (1995) proposés par la UNHCR. Des mesures pour venir en aide aux réfugiés victimes de violences sexuelles, y compris le viol, doivent aussi être mises en place dès les premières phases de la situation d'urgence.

Les femmes victimes de violence sexuelle devraient être référées aux services de santé le plus tôt possible après l'incident. Des équipes de protection devraient être impliquées pour offrir protection et assistance légale aux survivantes de violences sexuelles.

Les interventions clé visant à réduire le risque de violences sexuelles et à faire face aux besoins des survivants pendant l'urgence sont les suivantes :

- Concevoir et localiser les camps, en consultation avec les réfugiés, en mettant l'accent sur la sécurité physique ;
- Assurer la mise en place d'une protection pour les femmes, le personnel sanitaire, et les interprètes ;
- Mettre les questions se rapportant à la violence sexuelle à l'ordre du jour des rencontres de coordination ;
- S'assurer que les réfugiés sont informés de l'existence des services pour les victimes de violence sexuelle ;
- Offrir des services médicaux aux victimes de violence sexuelle, incluant la contraception d'urgence en cas de besoin ; et
- Identifier des individus ou des groupes d'individus qui seraient plus susceptibles d'être sujets à risque de violence sexuelle (femmes seules et chefs de foyer, mineures non accompagnées, notamment) et répondre à leurs besoins de protection et d'aide.

Chaque fois que cela est possible, il faudrait aller chercher des données sur les taux d'incidence en fonction de l'âge et du sexe.

Cet indicateur et la question du genre

La violence sexuelle signalée dans des situations d'urgence est presque toujours perpétrée à l'encontre de femmes et par des assaillants masculins. On retrouve de la violence sexuelle dirigée contre les femmes à toutes les phases de la situation d'urgence :

(1) L'urgence

La violence sexuelle a été un instrument pour persécuter, humilier, torturer et dominer les femmes et leurs familles. Une forme de violence sexuelle systématique et utilisée comme recours politique a conduit de nombreuses communautés et individus à chercher asile dans d'autres régions ou pays. (UNHCR, 1993).

(2) L'exode

Pendant tout le processus de relocation, les femmes sont particulièrement vulnérables lorsqu'elles traversent des lignes militaires, des zones de conflit civil et des frontières. À ce stade, les auteurs de ces crimes peuvent être soit des bandits, des contrebandiers, des gardes frontaliers, des membres des forces militaires ou des civils issus de la population d'accueil.

(3) L'après urgence/la stabilisation/la réinstallation

Les réfugiées ou les femmes déplacées à l'intérieur d'un pays ont été sujettes à de nombreuses formes de violence sexuelle : le viol, l'extorsion sexuelle, la brutalité sexuelle et les menaces ainsi que la prostitution forcée. Les femmes dans les situations d'urgence sont vulnérables lorsqu'elles sont vues par les réfugiés masculins et les gardiens des camps comme une propriété sexuelle, lorsqu'elles sont forcées de se soumettre sexuellement pour obtenir leurs nécessités vitales de base et lorsqu'elles sont à la merci d'une attaque lors de longs déplacements vers des points de ravitaillement (UNHCR, 1999).

De nombreux actes de violence sexuelle à l'encontre des femmes dans des installations d'urgence sont passés sous silence parce que les femmes redoutent des châtiments, ont honte, ont peur d'être rejetées par leur conjoint ou par la communauté, se sentent impuissantes, manquent de support ou ne font pas confiance aux services publics ou desservant les réfugiés. En matière de violence sexuelle, des mesures appropriées au sexe de la victime impliquent la présence de membres féminins dans l'équipe médicale qui subvient aux besoins des femmes victimes de violence sexuelle, un environnement permettant de dénoncer la violence sexuelle en toute sécurité et dans le respect de la confidentialité ainsi que des soins intégrés pour les femmes victimes de violence sexuelle (ceci inclut les soins médicaux, les soins psychosociaux et la protection) [UNHCR, 1999].

POURCENTAGE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DISPOSANT DE FOURNITURES SUFFISANTES POUR RESPECTER LES PRÉCAUTIONS UNIVERSELLES

Définition

Le nombre d'établissements sanitaires équipés pour les précautions d'usage.

On calcule cet indicateur de la façon suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'établissements sanitaires disposant de fournitures suffisantes pour respecter les précautions universelles}}{\text{Nombre de points de distribution dans les camps}} \times 100$$

Chaque point de prestation de services doit établir quelles sont les fournitures adéquates compte tenu du risque d'incidents.

Les précautions universelles font référence aux mesures (définies ci-dessous) pour endiguer la transmission du VIH.

Les données nécessaires

Les informations concernant le nombre d'établissements sanitaires à l'intérieur du camp de réfugiés qui sont adéquatement équipés pour les précautions universelles, et les informations concernant le nombre total de points de prestation où les services sont offerts dans le camp.

Source(s) des données

L'inventaire et le rapport des produits offerts dans les points de prestation de services du camp.

But et questions

Au cours de la première rencontre des coordinateurs des services sanitaires du camp, les responsables se doivent d'insister fortement sur les précautions à prendre pour empêcher la transmission du VIH/SIDA dans le cadre des soins de santé. Sous la pression d'une situation d'urgence, l'équipe de terrain peut être tentée d'abrèger certaines procédures, ce qui pourrait remettre en question la sécurité des patients et de l'équipe. Il est impératif

que les précautions d'usage soient scrupuleusement respectées par le personnel. Cet indicateur mesure l'efficacité du schéma de distribution des fournitures permettant de respecter les précautions universelles.

La ligne directrice derrière les précautions universelles pour la prévention de la transmission du VIH dans le cadre des installations sanitaires est qu'il faut partir du principe que tout ce qui a affaire avec le sang, les produits sanguins ou les fluides corporels sont potentiellement infectieux.

Les nécessités de base pour ces précautions universelles sont :

- Des installations permettant de se laver les mains fréquemment ;
- Avoir des gants disponibles pour toute procédure impliquant le contact avec le sang et les autres fluides corporels ;
- Avoir des vêtements protecteurs disponibles ;
- Le maniement sécuritaire des objets acérés ;
- L'évacuation sécuritaire des déchets ;
- Le nettoyage, la désinfection et la stérilisation adéquats des instruments médicaux ;
- La manipulation appropriée des cadavres ; et
- Une prise en charge appropriée des blessures sur les lieux de travail (UNHCR, 1999).

Indicateur

NOMBRE DE PRÉSERVATIFS DISTRIBUÉS PAR POPULATION DE 1 000

Définition

La quantité de préservatifs distribués par rapport à la population globale du camp.

Cet indicateur se calcule de la façon suivante :

$$\frac{\text{Nombre de préservatifs distribués pendant une période de temps spécifiée}}{\text{Population totale du camp}} \times 1000$$

Les données nécessaires

Le nombre total de préservatifs distribués dans le camp de réfugiés sur une période de temps déterminée (1 mois, par ex.), la population totale du camp de réfugiés.

Source(s) des données

Les listes de distribution de préservatifs.

But et questions

Un nombre suffisant de préservatifs doit être disponible dès le début de l'urgence de façon à ce qu'ils puissent être fournis à quiconque en demande. Des commandes en quantités suffisantes doivent être faites pour répondre aux besoins potentiels.

En plus de fournir des préservatifs sur demande, l'équipe de terrain devrait s'assurer que les réfugiés soient bien au courant que des préservatifs peuvent leur être fournis et de l'endroit où ils peuvent se les procurer. Les préservatifs devraient être disponibles dans les établissements sanitaires, en particulier lorsqu'ils traitent des cas d'IST. D'autres points de distribution devraient être mis en place de sorte que quiconque demande des préservatifs puisse les obtenir en toute confidentialité.

Cet indicateur connaît une limite cependant, et c'est le fait que la distribution ne veut pas nécessairement dire usage, et en particulier lorsque le produit est donné gratuitement. Un second aléa de cet indicateur vient de ce que dans les populations de camps de réfugiés à

forte concentration d'enfants, le nombre de préservatifs par 1 000 diminuerait et la comparaison entre camps ne serait pas significative. Néanmoins, en tant que mesure élémentaire de protection pour éviter les grossesses non souhaitées et prévenir des maladies, cet indicateur est potentiellement utile, d'autant plus que les données sont facilement disponibles.

NOMBRE DE TROUSSES (KITS) D'ACCOUCHEMENT HYGIÉNIQUE DISTRIBUÉES

Définition

On obtient cet indicateur par le calcul suivant :

$$\frac{\text{Nombre de troussees (kits) d'accouchement hygiénique distribuées}}{\text{Estimation du nombre de femmes enceintes dans le camp de réfugiés}} \times 100$$

Les troussees d'accouchement peuvent être destinées à l'usage des mères ou des assistants à la naissance aussi bien qu'à celui des sages-femmes.

Les données nécessaires

Les informations sur le nombre total de troussees (kits) d'accouchement hygiénique distribuées à l'intérieur du camp de réfugiés et les informations sur le nombre estimé de femmes enceintes à l'intérieur du camp (estimés de 75 à 125 pour une période de 3 mois et une population de 10 000)

Source(s) de données

Listes de distribution ou inventaires des troussees d'accouchement et données des centres sanitaires sur le nombre de femmes enceintes dans le camp.

But et questions

Une population de réfugiés comprendra des femmes à des étapes avancées de grossesse dont l'accouchement aura lieu pendant la phase d'urgence initiale. Le personnel du camp devrait fournir des troussees rudimentaires d'accouchement que les femmes sur le point d'accoucher auraient avec elles. Les femmes elles-mêmes ou des accoucheuses traditionnelles pourraient avoir recours à ces troussees très simples. L'équipe pourrait assembler ces troussees sur place ; elles comprendraient une grande feuille de plastique, deux morceaux de ficelle, une lame de rasoir propre, une barre de savon et un morceau d'étoffe de coton pour éviter l'hypothermie du nouveau-né.

Pour calculer l'équipement et les services nécessaires, on pourra recourir à une formule basée sur le taux brut de natalité (TBN). Si on prend un taux brut de natalité de 3 à 5 pour cent par année, à peu près de 75 à 125 naissances sont susceptibles d'avoir lieu dans une période de 3 mois pour une population de 10 000. L'équipe est alors en mesure de déduire de cette estimation le nombre de troussees qu'elle doit mettre en commande.

Au cours des phases initiales d'urgence, les naissances auront souvent lieu en dehors des installations sanitaires et sans l'assistance de personnel qualifié. Environ 15 pour cent des naissances pourront inclure des complications. Les personnes qui assistent aux accouchements devraient référer celles qui présentent des complications au centre de santé. L'unité supplémentaire du nouveau kit sanitaire d'urgence 98 (NEHK-98) comporte tout le matériel nécessaire au déroulement sécuritaire et hygiénique d'accouchements ordinaires. Avec l'équipement, les fournitures et les médicaments contenus dans cette trousse sanitaire d'urgence, le NEHK-98, le centre sanitaire est en mesure de faire face à de nombreuses urgences obstétriques. Quand les centres de santé ne peuvent pas gérer les complications obstétriques, ils devraient stabiliser l'état des patientes avant de les faire transférer à un hôpital de référence.

Indicateurs de la santé de la reproduction dans les situations de réfugiés et les indicateurs de la santé de la reproduction inclus dans le *Compendium*

Note : De nombreux indicateurs pour la période stabilisée et des phases ultérieures des situations d'urgence correspondent aux domaines de la santé de la reproduction délimités dans ce *Compendium*. Dans la première colonne on trouvera la liste complète des indicateurs pour la période stabilisée comprise dans *La santé reproductive en situations de réfugiés, Manuel de terrain interorganisations*. Nous avons fait correspondre chacun d'entre eux avec les indicateurs décrits ailleurs dans ce *Compendium*. Dans certains cas, les indicateurs sont exactement les mêmes ; dans d'autres, ils sont semblables. La 3^{ème} colonne indique dans quelle section chacun de ces indicateurs apparaît dans ce manuel.

Indicateur de SR en situation de réfugiés	Indicateur parallèle dans ce <i>Compendium</i>	Section dans ce <i>Compendium</i>
Santé du nouveau né		
1. Taux de mortalité néonatale	Taux de mortalité néonatale (TMN)	III.E
2. Pourcentage de faible poids à la naissance (<2 500 g)	Pourcentage de naissances vivantes de faible poids	III.E
3. Pourcentage de très faible poids à la naissance (<1 500 g)	Pourcentage de naissances vivantes de faible poids	III.E
4. Taux de mortinatalité		
Maternité sans risque		
1. Le pourcentage de cas enregistrés de décès maternels qui font l'objet d'une enquête conformément à des procédures établies et dont les résultats sont communiqués au personnel de santé	Pourcentage d'établissements de santé menant des analyses/audits de cas de décès maternels ou de cas très critiques	III.D
2. Le pourcentage de femmes qui ont bénéficié de services prénataux au moins une fois [au cours de leur grossesse]	Pourcentage de femmes assistées au moins une fois pendant leur grossesse pour des raisons associées à la grossesse	III.D
3. Le pourcentage de femmes qui accouchent qui ont fait l'objet de test de la syphilis pendant leur grossesse	Pourcentage de femmes enceintes fréquentant des dispensaires de soins prénatals soumises au dépistage de la syphilis	III.D
4. Le pourcentage de femmes enceintes diagnostiquées séropositives de la syphilis	Pourcentage de femmes enceintes fréquentant des dispensaires de soins prénatals soumises au dépistage de la syphilis	III.D
5. L'incidence des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène et des avortements spontanés	Les taux d'avortement (TA) et le taux d'avortement total (TAT)	III.I
6. Le pourcentage de femmes qui accouchent qui sont correctement vaccinées contre le tétanos	Le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses d'anatoxine tétanique	III.E
7. Le pourcentage de femmes souffrant de complications obstétricales		
8. Le pourcentage de femmes souffrant de complications obstétricales qui sont traitées en temps voulu et de façon appropriée	Pourcentage de femmes présentant des complications obstétricales prises en charge dans un délai de deux heures après leur arrivée à l'établissement de santé	III.D
9. Le pourcentage de femmes accouchant qui sont suivies par un agent de santé qualifié	Pourcentage d'accouchements assisté par un personnel de santé qualifié	III.D

Indicateur de SR en situation de réfugiés	Indicateur parallèle dans ce <i>Compendium</i>	Section dans ce <i>Compendium</i>
10. Le pourcentage de femmes en âge de procréer qui peuvent nommer au moins deux signes d'alarme de complications obstétricales	Pourcentage du public visé connaissant les trois principaux signes avant-coureurs/de danger des complications obstétricales	III.D
11. Le pourcentage de femmes accouchant par césarienne	Proportion des césariennes par rapport à la totalité des accouchements	III.D
12. Le pourcentage de femmes souffrant de complications liées à l'avortement traitées en temps voulu et de façon appropriée		
13. Le pourcentage de femmes ayant accouché ayant bénéficié d'au moins une consultation de post-partum	Pourcentage de femmes prises en charge lors du post-partum par un personnel de santé qualifié	III.D
14. Le pourcentage de nouveau-nés recevant une vaccination BCG/Polio dans le mois suivant la naissance		
Violence sexuelle (VS)		
1. Le pourcentage de personnes enregistrées victimes de violence sexuelle recevant des soins psychosociaux et médicaux de base	Nombre de consultations offertes en matière de VFF, par type de service	III.K
2. Le pourcentage de personnes victimes de violence sexuelle qui consultent dans les 3 jours suivant la perpétration de l'acte		
3. Le pourcentage de personnes identifiées comme auteurs d'actes de violence sexuelle qui sont poursuivis conformément à la loi		
4. Le pourcentage d'agents de santé nommés qui sont formés au cours des 2 dernières années pour prendre en charge les victimes d'actes de violence sexuelle	Le nombre de stagiaires, par catégorie d'employé et par sujet de formation	II.D
Les IST y compris le VIH/SIDA		
1. Le pourcentage de prélèvements sanguins effectués dans le cadre de transfusion qui font l'objet d'un dépistage du VIH	Pourcentage d'unités de sang pour transfusion ayant passé par un dépistage	III.C
2. L'incidence des IST		
3. Le pourcentage de patients atteints d'une IST examinés et traités conformément au protocole d'usage	Pourcentage de patients atteints d'IST recevant un diagnostic et un traitement appropriés	III.C
4. Le pourcentage d'agents de santé nommés formés à la prise en charge des IST conformément au protocole d'usage	Le nombre de stagiaires, par catégorie d'employé et sujet de formation	II.D
5. Le pourcentage d'agents de santé susceptibles d'expliquer comment respecter les précautions universelles [anti-VIH/SIDA]		

Indicateur de SR en situation de réfugiés	Indicateur parallèle dans ce <i>Compendium</i>	Section dans ce <i>Compendium</i>
6. Le pourcentage de points de distribution disposant de préservatifs	Disponibilité de préservatifs à l'échelle nationale	III.C
7. Le pourcentage de personnes dans une population cible connaissant les préservatifs, leurs effets préventifs et pouvant décrire leur utilisation correcte	Pourcentage de la population ayant des connaissances sur les moyens de prévention du VIH	III.C
8. Le pourcentage de personnes dans une population cible déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'utilisation de préservatifs au cours du dernier rapport sexuel à risque • Pourcentage de jeunes utilisant un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque • Pourcentage d'adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels qui ont utilisé un préservatif lors du premier/dernier rapport sexuel • Pourcentage d'adolescents sexuellement actifs célibataires qui utilisent des préservatifs lors de chaque rapport sexuel 	III.C III.C III.H III.H
Planification familiale		
1. Le taux de prévalence contraceptive (TPC)	Le taux de prévalence de la contraception (TPC)	III.B
2. Le pourcentage de prestataires de services de planification familiale qui ont été formés en ce domaine au cours des 2 dernières années	Le nombre de stagiaires, par catégorie d'employé et sujet de formation	II.D
3. Le pourcentage de réfugiés sexuellement actifs connaissant les principaux messages de planification familiale	Le pourcentage du public visé qui se souvenant d'avoir entendu ou vu un message particulier	II.F
4. Le pourcentage de points de prestation de services disposant d'au moins 3 mois de réserves (contraceptifs oraux combinés, des pilules de progestérone seulement et des injectables)	Le pourcentage de centres dont les niveaux de stock assurent une disponibilité des produits à court terme	II.E
SR des adolescents		
1. Incidence des IST chez les jeunes	Pourcentage d'adolescents ayant déjà été diagnostiqué d'une IST	III.H
2. Le pourcentage d'accouchements chez les adolescentes		
3. Le prévalence contraceptive des adolescents	Taux de prévalence de la contraception (TPC)	III.B

4. Le pourcentage d'adolescents sexuellement actifs déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels qui ont utilisé un préservatif lors du premier/dernier rapport sexuel • Pourcentage d'adolescents sexuellement actifs célibataires qui utilisent des préservatifs lors de chaque rapport sexuel 	<p>III.H</p> <p>III.H</p>
5. Le pourcentage d'adolescents examinés, traités et conseillés conformément au protocole en usage		

