

SUIVI, EVALUATION ET REVUE DES STRATEGIES SANITAIRES NATIONALES

PLATEFORME DE PAYS POUR
L'INFORMATION ET LA REDEVABILITE



Organisation
mondiale de la Santé

Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales

Plateforme de pays pour l'information
et la redevabilité

10 novembre 2011



Organisation
mondiale de la Santé

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales : plateforme pays pour l'information et la redevabilité.

1.Programme national santé. 2.Evaluation programme - méthodes. 3.Collecte données. 4.Politique sanitaire.
5.Système information. I.Organisation mondiale de la Santé. II.International Health Partnership.

ISBN 978 92 4 250227 5

(Classification NLM : WA 540)

© Organisation mondiale de la Santé 2011

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int . Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé par l'OMS, Genève, Suisse.

Mise en page graphique par Inís Communication – www.iniscommunication.com

Crédits photographiques: Chapitre I - OMS/Christopher Black; Chapitre II - OMS/Tom Pietrasik; Chapitre III - OMS/Jim Holmes et OMS/Lisa Schwarb; Chapitre IV - OMS/Olivier Asselin.

Remerciements

Ce document est le fruit d'une collaboration dans le cadre du Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+). Il a été rédigé avec le concours d'experts du suivi et de l'évaluation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de la Banque mondiale, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Alliance GAVI), de l'United States Agency for International Development (USAID), du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), de MEASURE Evaluation, du Department for International Development (DFID) du Royaume-Uni, de l'Agence norvégienne de coopération pour le développement (NORAD), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), du Réseau de métrologie sanitaire (HMN), et d'autres encore. Nous remercions en particulier tous les participants à la réunion sur le renforcement du suivi et de l'évaluation des stratégies sanitaires nationales, qui s'est tenue à Glion-sur-Montreux (Suisse) les 14 et 15 juillet 2010.

L'OMS est particulièrement reconnaissante envers les experts du suivi et de l'évaluation, au Bénin, en Éthiopie, au Ghana, au Kenya, au Mali, au Mozambique, au Népal, en Ouganda, au Rwanda et en Sierra Leone, qui ont facilité la mise à l'épreuve et la revue de ce document au niveau national.

Ce document a été produit par l'Organisation mondiale de la Santé.

Table des matières

Glossaire, acronymes et abréviations.	V
But de ce document	VI
Introduction	VIII
I. La stratégie sanitaire nationale est à la base de l'information et de la redevabilité	1
Attribut 1. La stratégie sanitaire nationale comporte une composante solide pour le suivi, l'évaluation et la revue	2
II. Capacités institutionnelles	5
Attribut 2. Les rôles, les responsabilités et les mécanismes de coordination concernant le suivi, l'évaluation et la revue sont clairement définis	5
Attribut 3. Le renforcement des capacités de suivi, d'évaluation et de revue est pris en compte	6
III. Suivi et évaluation	9
Attribut 4. Un cadre global, comportant des indicateurs et des cibles, oriente les activités de suivi, d'évaluation et de revue	9
Attribut 5. La composante relative au suivi, à l'évaluation et à la revue précise les sources de données, recense les données manquantes, comble les lacunes et définit les responsabilités en matière de collecte des données et de circulation de l'information	13
Attribut 6. Les activités d'analyse et de synthèse des données sont spécifiées et les problèmes de qualité des données sont anticipés et abordés.	15
Attribut 7. Les données sont diffusées et communiquées efficacement et régulièrement.	18
Attribut 8. Une évaluation prospective est planifiée et effectuée	21
IV. Mécanismes nationaux de revue et d'action	23
Attribut 9. Il existe un système de revue périodique conjoint des progrès et de la performance	23
Attribut 10. Il existe des procédures pour appliquer des mesures correctives	26
Annexe 1. Plateforme de suivi, d'évaluation et de revue : exemple d'ébauche d'un plan de suivi, d'évaluation et de revue de la stratégie sanitaire nationale	29
Annexe 2. Rapport annuel sur les progrès et les performances dans le secteur de la santé : exemple d'ébauche	30
Annexe 3. Panier d'indicateurs possibles pour le suivi de la progression et des performances du système de santé	31
Annexe 4. Comment effectuer une évaluation rapide des pratiques et des mécanismes de suivi, d'évaluation et de revue dans un pays.	41

Glossaire, acronymes et abréviations

Approche sectorielle	Approche du développement international qui réunit, dans un secteur donné, gouvernements et donateurs. Elle se caractérise par une série de principes de fonctionnement plutôt que par un ensemble déterminé de politiques ou d'activités.
Évaluation	Analyse scientifique rigoureuse des informations relatives aux activités, aux caractéristiques, aux résultats et à l'impact d'un programme, qui détermine l'intérêt d'un programme ou d'une intervention.
HMN	Réseau de métrologie sanitaire
IHP+	Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées. Les membres d'IHP+ partagent la volonté d'améliorer les services de santé et les résultats sanitaires en mettant en pratique les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. IHP+ a été lancé en septembre 2007.
JANS	évaluation conjointe des stratégies nationales
OMD	objectif du Millénaire pour le développement
OSC	organisation de la société civile
Revue	Processus national d'évaluation de la progression et de la performance du système de santé
S&E	Suivi, évaluation et revue des activités prévues dans la stratégie sanitaire nationale
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
Stratégie ou plan sanitaire national	Une stratégie sanitaire nationale, ou un plan sanitaire national, est un document ou une série de documents qui présentent le contexte, la vision, les priorités, les objectifs et les principales interventions du secteur de la santé, le programme multisectoriel ou par maladie, ainsi que des orientations permettant d'établir des documents pour une planification plus détaillée. Cette stratégie présente la situation générale et les moyens d'atteindre les objectifs fixés et définit le calendrier des activités prévues, les personnes responsables et les coûts. Elle peut prendre la forme d'un plan pluriannuel s'appuyant sur des plans opérationnels annuels pour permettre des ajustements
Suivi	Suivi systématique et compte rendu des informations prioritaires concernant un programme et les résultats qu'on en attend
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

But de ce document

Ce document fournit aux pays et aux partenaires des orientations pour renforcer le suivi, l'évaluation et la revue (S&E) des plans et stratégies sanitaires nationaux.¹ Il présente les principaux attributs et les caractéristiques d'une plateforme de pays solide permettant de suivre, d'évaluer et d'examiner les progrès et la performance du secteur de la santé à des fins d'information et de redevabilité. Il vise aussi à montrer comment les partenaires du développement peuvent contribuer au renforcement de cette plateforme.

Les systèmes solides des S&E s'appuient sur un large dialogue politique et sur des évaluations factuelles régulières qui contribuent à la revue des progrès et des performances et qui permettent de prendre des mesures correctives et d'assurer la redevabilité mutuelle de toutes les parties prenantes. Ces systèmes doivent être à la base de l'allocation des ressources, de l'élaboration des politiques et de la gestion efficace des programmes.

La plupart des pays disposent déjà d'un mécanisme de suivi, d'évaluation et de revue de leur stratégie sanitaire nationale, que ce document vise à étoffer et renforcer. Il peut être utilisé en même temps que l'évaluation conjointe des stratégies nationales (JANS)² du Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+) et être considéré comme une tentative de renforcer la cinquième composante de la JANS, à savoir *le suivi, l'évaluation et les mécanismes de revue*. Les modalités de S&E étant propres à chaque pays, ce document a volontairement une portée générale et présente les attributs et caractéristiques essentiels dans quatre domaines considérés comme fondamentaux pour une plateforme solide de suivi, d'évaluation et de revue d'une stratégie sanitaire nationale.

- I. La stratégie sanitaire nationale est la base de l'information et de la redevabilité:** le S&E fait partie intégrante d'une stratégie sanitaire nationale globale, élaborée par le biais d'un large dialogue politique et avec le soutien des partenaires nationaux et des partenaires du développement.
- II. Les capacités institutionnelles** correspondent au rôle et aux responsabilités assumés par les institutions nationales pour soutenir le suivi et la revue réguliers et la prise de mesures (correctives) ; couvre également le renforcement des capacités.
- III. Le suivi et l'évaluation** incluent un cadre général pour la sélection des indicateurs, les sources de données et les pratiques d'analyse et de synthèse, y compris l'évaluation de la qualité, la revue de la performance, la communication et l'utilisation.
- IV. Les mécanismes nationaux de revue et d'action** supposent l'existence dans le pays de processus transparents bien établis, auxquels participent plusieurs parties prenantes, pour garantir la qualité des données et l'indépendance.

Ce document est structuré autour des principaux attributs et caractéristiques de ces quatre domaines.

1 Tous les pays et partenaires n'utilisent pas les expressions « plan sanitaire national », « plan national de développement sanitaire », « stratégie sanitaire nationale » et « plan sectoriel national pour la santé » exactement de la même façon. Conformément à la terminologie employée par IHP+, dans ce document, l'expression « stratégie sanitaire nationale » (ou « stratégie nationale ») désignera les documents stratégiques de niveau supérieur et les plans plus opérationnels.

2 Évaluation conjointe des stratégies nationales (JANS) : http://www.internationalhealthpartnership.net/en/about/j_1253621551. La JANS possède cinq attributs : 1) l'analyse de la situation, ainsi que la cohérence des stratégies et des plans vis-à-vis de cette analyse ; 2) le processus d'élaboration des stratégies et des plans nationaux ; 3) les modalités de financement et d'audit ; 4) les modalités de mise en œuvre et de gestion ; et 5) les résultats, le suivi et les mécanismes de revue.

Il peut servir à évaluer, améliorer ou développer le S&E de la stratégie sanitaire nationale ou d'un programme donné (par exemple, VIH/sida, santé maternelle ou vaccination), ou à évaluer les mesures destinées à renforcer le système de santé. Il peut aussi servir à développer la composante S&E d'un nouveau plan, à renforcer les revues des progrès et de la performance au cours de la mise en œuvre d'un plan existant et, à la fin du cycle de planification, à évaluer les résultats obtenus et à jeter les bases d'un nouveau cycle.

Ce document est également destiné à orienter les partenaires qui collaborent avec les pays et qui souhaitent aligner leur soutien du suivi et de l'évaluation (par exemple, la collecte et l'analyse de données et l'établissement de rapports) avec les processus et les mécanismes de suivi et de revue de la stratégie sanitaire nationale. Ceci suppose de faire correspondre l'établissement de rapports aux cycles de planification et de revue des pays en termes de calendrier, de méthodes et de contenu.

Tout au long du document, le terme « S&E » désigne l'ensemble du processus de suivi, de revue, d'évaluation et d'apprentissage.

Introduction

L'augmentation des ressources disponibles et la multiplication des initiatives en faveur de la santé sont sans précédent. On admet de plus en plus que, pour démontrer les résultats obtenus, obtenir un financement et améliorer les bases factuelles des interventions, le suivi, l'évaluation et la revue doivent être harmonisés. La planification stratégique et l'exécution des programmes devraient être fondées sur un suivi, une évaluation et une revue solides des progrès et des performances comme base de l'information, des résultats et de la redevabilité.

La Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant définit la redevabilité comme un processus cyclique de suivi, de revue et d'action (corrective).³ La redevabilité implique l'existence de processus transparents bien établis pour le suivi des progrès et de la performance au niveau national, qui s'appuient sur un système d'information sanitaire efficace, sur des processus de revue réguliers par plusieurs parties prenantes et sur une action systématique dans le pays. Il est ainsi possible d'assurer la redevabilité mutuelle entre les citoyens, les décideurs et la communauté internationale.

Les partenaires mondiaux et les pays se sont efforcés d'améliorer l'harmonisation et l'alignement pour renforcer les stratégies sanitaires nationales. IHP+ s'est attaché à obtenir de meilleurs résultats en mobilisant les pays donateurs et les autres partenaires du développement autour d'une seule stratégie sanitaire de pays.⁴ Le S&E est l'un des principaux attributs d'une stratégie sanitaire nationale solide et un cadre commun de S&E a été mis au point pour les revues des progrès et de la performance et le renforcement des systèmes de santé.⁵ Il s'appuie sur des principes tirés de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement.⁶

Pour mettre en œuvre ce cadre, il est essentiel de renforcer une plateforme commune de suivi, d'évaluation et de revue de la stratégie sanitaire nationale. Cette plateforme, qui s'appuie sur les efforts des pays et des mécanismes nationaux, réunit tous les éléments relatifs au S&E, y compris les processus de S&E relatifs à sa mise au point ; les mécanismes de coordination et les capacités institutionnelles du pays ; les éléments techniques relatifs au S&E (par exemple, la sélection des indicateurs, les sources, l'analyse et la synthèse des données, l'évaluation de la qualité des données et la diffusion des données) ; et les processus de revue dans le pays pour la planification et la prise de décisions. Ces principaux attributs et caractéristiques sont décrits dans le Tableau 1 ci-après.

Cette plateforme doit principalement être une composante solide et harmonisée du S&E de la stratégie sanitaire nationale, englobant les principaux programmes de lutte contre les maladies et les interventions du système de santé. Cette plateforme est un mécanisme de compte rendu aux niveaux infranational, national et mondial qui aligne les partenaires autour d'une approche commune de l'appui aux pays et des exigences pour l'établissement de rapports. Elle vise à être utile aux pays et aux partenariats mondiaux pour la santé, aux donateurs et aux organismes, et permettent un meilleur alignement des systèmes de suivi nationaux et mondiaux. La plateforme devrait éviter le dédoublement des efforts, favoriser le suivi des résultats, améliorer la redevabilité et harmoniser les systèmes de S&E.

3 *Tenir les promesses, mesurer les résultats*. Rapport de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy_FR.pdf).

4 Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+): <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>.

5 OMS, Alliance GAVI, Fonds mondial et Banque mondiale. Monitoring and evaluation of health systems strengthening: an operational framework. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Oct_2010.pdf).

6 Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et programme d'action d'Accra. OCDE, 2005 (<http://www.oecd.org/dataoecd/53/38/34579826.pdf>).

Tableau 1. Plateforme de suivi, d'évaluation et de revue des stratégies sanitaires nationales

PRINCIPAUX ATTRIBUTS	CARACTÉRISTIQUES
I. La stratégie sanitaire nationale est à la base de l'information et de la redevabilité	
1. La stratégie sanitaire nationale comporte une composante solide pour le suivi, l'évaluation et la revue.	<p>1.1 Le suivi, l'évaluation et la revue sont conformes aux buts et aux objectifs de la stratégie sanitaire nationale et sont fondés sur une analyse approfondie de la situation.</p> <p>1.2 Le suivi, l'évaluation et la revue par maladie et par programme correspondent à ceux de la stratégie nationale.</p> <p>1.3 Le coût du plan de suivi, d'évaluation et de revue est chiffré et financé avec le soutien de tous les partenaires.</p> <p>1.4 Le suivi, l'évaluation et la revue sont évalués régulièrement.</p>
II. Capacités institutionnelles	
2. Les rôles, les responsabilités et les mécanismes de coordination concernant le suivi, l'évaluation et la revue sont clairement définis.	<p>2.1 Il existe un mécanisme national efficace de suivi, d'évaluation et de revue.</p> <p>2.2 Le rôle et les responsabilités des principales institutions et parties prenantes sont clairement définis.</p>
3. Le renforcement des capacités de suivi, d'évaluation et de revue est pris en compte.	<p>3.1 Les conditions du renforcement des capacités sont définies et prises en compte.</p>
III. Suivi et évaluation	
4. Un cadre global, comportant des indicateurs et des cibles, oriente les activités de suivi, d'évaluation et de revue.	<p>4.1 Il existe une série équilibrée et restreinte d'indicateurs fondamentaux, assortie de valeurs de base et de cibles bien définies.</p> <p>4.2 Les indicateurs par maladie et par programme sont alignés.</p> <p>4.3 Le cadre est intégré à la stratégie concernant le système national d'information sanitaire.</p>
5. La composante relative au suivi, à l'évaluation et à la revue précise les sources de données, recense les données manquantes, comble les lacunes et définit les responsabilités en matière de collecte des données et de circulation de l'information.	<p>5.1 Les sources de données sont précisées de manière globale et intégrée.</p> <p>5.2 Les principales données manquantes sont recensées et les lacunes sont comblées.</p> <p>5.3 Les responsabilités en matière de collecte et de gestion des données sont définies.</p>
6. Les activités d'analyse et de synthèse des données sont spécifiées et les problèmes de qualité des données sont anticipés et abordés.	<p>6.1 Les activités d'analyse et de synthèse des données sont spécifiées.</p> <p>6.2 Les progrès et les performances sont régulièrement évalués. On procède notamment à des analyses des informations contextuelles et qualitatives.</p> <p>6.3 Il existe des processus spécifiques transparents pour l'évaluation et l'ajustement de la qualité des données.</p>
7. Les données sont diffusées et communiquées efficacement et régulièrement.	<p>7.1 Des résultats analytiques sont définis et produits et servent de base à l'établissement de rapports nationaux et mondiaux.</p> <p>7.2 Les décisions sont prises à l'aide d'outils et d'approches appropriés.</p> <p>7.3 Les données, les méthodes et les analyses sont publiquement disponibles.</p>
8. Une évaluation prospective est planifiée et effectuée.	<p>8.1 Une évaluation prospective, liée au suivi, à l'évaluation et à la revue des stratégies sanitaires nationales, est planifiée.</p>
IV. Mécanismes nationaux de revue et d'action	
9. Il existe un système de revue périodique conjoint des progrès et de la performance.	<p>9.1 Il existe un système de revues régulières et transparentes auxquelles participe un large éventail d'acteurs clé.</p> <p>9.2 Il existe des liens systématiques entre les revues du secteur de la santé, les revues par maladie et par programme et l'établissement de rapports mondiaux.</p>
10. Il existe des procédures pour appliquer des mesures correctives.	<p>10.1 Les résultats des revues servent à prendre les décisions, notamment pour l'allocation des ressources et les dépenses.</p> <p>10.2 Des mécanismes pluripartites sont prévus pour fournir systématiquement des informations aux parties prenantes à l'échelon local.</p>

I. La stratégie sanitaire nationale est à la base de l'information et de la redevabilité

Il ne peut y avoir de plateforme solide de suivi, d'évaluation et de revue sans une stratégie sanitaire nationale globale et fiable. L'évaluation conjointe des stratégies nationales (JANS) et les lignes directrices qui s'y rapportent décrivent les attributs et les critères essentiels d'une stratégie sanitaire nationale globale et solide. La JANS est une approche commune destinée à évaluer et à orienter l'élaboration d'une stratégie sanitaire nationale. Il s'agit d'un instrument de portée générale qui définit les principaux critères d'une « bonne stratégie nationale », qui appartiennent à l'une de ces cinq catégories d'attributs :

- l'analyse de la situation et la cohérence des stratégies et des plans par rapport à cette analyse ;
- le processus d'élaboration des plans et stratégies nationaux ;
- les dispositions relatives au financement et à l'audit ;
- les dispositions relatives à la mise en œuvre et à la gestion ;
- les mécanismes de suivi, d'évaluation et de revue.

Pour être conforme aux critères de la JANS, une stratégie sanitaire nationale doit être fondée sur une analyse solide et adaptée au contexte ; avoir été élaborée de manière transparente et avec la participation et l'approbation de plusieurs parties concernées ; être accompagnée d'un cadre et d'un plan solides de financement et d'audit ; préciser les dispositions et les systèmes de mise en œuvre et d'administration des programmes dans le cadre de la stratégie nationale ; et reposer sur des mécanismes nationaux solides de suivi, d'évaluation et de revue.

Ce document, principalement axé sur la cinquième série d'attributs et de critères concernant les résultats et les mécanismes de suivi et de revue, vise à fournir aux pays des orientations détaillées sur la mise au point d'une plateforme solide de pays pour le suivi, l'évaluation et la revue des stratégies sanitaires nationales.

Attribut 1. La stratégie sanitaire nationale comporte une composante solide pour le suivi, l'évaluation et la revue

Une stratégie sanitaire nationale solide devrait définir des mécanismes de suivi, d'évaluation et de revue qui permettent de prendre des mesures correctives.

Le suivi consiste à réunir des données de toutes les sources pertinentes pour analyser la situation et déterminer qui sont les personnes concernées. On utilise à cette fin une série d'indicateurs et de cibles fondamentaux pour fournir aux pouvoirs publics et aux partenaires des informations précises en temps voulu afin de faciliter les revues des progrès et de la performance et le dialogue politique.

L'évaluation s'appuie sur les données tirées du suivi mais l'analyse est beaucoup plus approfondie et tient compte des modifications du contexte, des questions relatives à l'attribution et de situations hypothétiques.

Les revues sont basées sur les données recueillies pendant le suivi et exigent l'existence de mécanismes institutionnels nationaux auxquels participent plusieurs acteurs. Les procédures existant pour la revue du secteur de la santé au niveau des pays sont un point de départ essentiel pour évaluer les progrès et la performance et ils peuvent influencer sur la fixation des priorités et l'allocation des ressources. Ces revues doivent être systématiquement liées aux mesures prises dans les pays et elles constituent la base de la redevabilité mutuelle.

1.1 Le suivi, l'évaluation et la revue sont conformes aux buts et aux objectifs de la stratégie sanitaire nationale et sont fondés sur une analyse approfondie de la situation

Le suivi, l'évaluation et la revue (S&E) doivent faire partie intégrante de la stratégie sanitaire nationale et, ainsi, permettre de suivre la progression dans l'atteinte de ses buts et objectifs. Les objectifs doivent couvrir l'ensemble des grands problèmes de santé publique et les activités de S&E doivent donc couvrir toutes les maladies concernées et les activités pertinentes pour renforcer les systèmes de santé.

La stratégie sanitaire nationale doit être fondée sur une compréhension solide des besoins, des priorités et des risques du pays dans le domaine de la santé. L'élaboration d'une nouvelle stratégie doit s'appuyer sur la revue finale des progrès et des performances obtenus avec la stratégie précédente. Cette évaluation finale pourrait servir de première analyse de la situation et de base factuelle pour l'élaboration de la stratégie suivante.

L'analyse de la situation doit inclure une étude détaillée du contexte, notamment des facteurs politiques, sociaux, culturels, épidémiologiques, juridiques, institutionnels et liés à l'appartenance sexuelle. Les principales caractéristiques de l'analyse de la situation sont définies dans l'outil de JANS.⁷ Cette analyse doit être fondée sur une étude globale et participative des déterminants de la santé et des tendances sanitaires, en tenant compte du contexte épidémiologique, politique, socio-économique et organisationnel du pays, et des questions d'équité. L'analyse puis le dialogue politique doivent porter sur des données quantitatives et des informations qualitatives. Les résultats doivent servir aux planificateurs et aux décideurs.

La composante S&E de la stratégie sanitaire nationale doit être mise au point de manière transparente, toujours en consultation avec les principales parties prenantes, y compris les pouvoirs publics aux différents niveaux, les organisations de la société civile (OSC), les partenaires internationaux et le monde universitaire.

⁷ Évaluation conjointe des stratégies nationales : http://www.internationalhealthpartnership.net/en/about/j_1253621551.

1.2 Le suivi, l'évaluation et la revue par maladie et par programme correspondent à ceux de la stratégie nationale

La composante S&E de la stratégie sanitaire nationale doit préciser quels sont les procédures et les mécanismes de coordination et d'alignement du S&E entre les différents programmes. Dans de nombreux pays, il y a un décalage entre la stratégie sanitaire nationale et les stratégies et plans par maladie, souvent financés par des initiatives mondiales distinctes. Ce décalage entraîne souvent une incohérence entre la planification et le suivi car les cycles de planification et les personnes concernées ne sont pas les mêmes, les procédures de revue ne sont pas bien reliées et les investissements dans la collecte et l'analyse de données sont morcelés.

Il est possible d'améliorer l'alignement et la cohérence des plans par maladie et par programme par rapport au plan national pour le secteur de la santé en veillant à ce qu'il n'y ait qu'un seul plan global de S&E précisant quels sont ses liens avec un plan plus détaillé par maladie, de manière logique et en cascade. Parallèlement, les programmes pour chaque maladie doivent indiquer clairement quels sont leurs liens avec le S&E de la stratégie sanitaire nationale. Le S&E transversal du renforcement du système de santé doit être inclus dans la composante S&E de la stratégie sanitaire nationale.

Le S&E par maladie et par programme doit suivre le même cadre technique et la même plateforme que ceux de la stratégie sanitaire nationale, ce qui implique que la collecte, le transfert et l'analyse des données soient bien coordonnés. À cet égard, on mettra au point un plan commun, par exemple pour la collecte de données auprès des ménages et les évaluations des établissements et on déploiera des efforts transversaux pour renforcer le système d'établissement de rapports par les établissements de santé. Ceci suppose également d'aligner les procédures de revue afin que les résultats par programme servent à la revue de l'ensemble du secteur de la santé.

1.3 Le coût du plan de suivi, d'évaluation et de revue est chiffré et financé avec le soutien de tous les partenaires

La composante S&E de la stratégie sanitaire nationale précise les sources de données et la fréquence de la collecte. Le coût de ces opérations doit être calculé et intégré dans le plan global du système national d'information sanitaire. Les investissements et les activités des partenaires mondiaux doivent correspondre à la stratégie sanitaire nationale et au plan de S&E. En outre, les investissements en faveur du S&E doivent être étroitement liés à la stratégie nationale pour l'élaboration de statistiques qui incluent, par exemple, des plans pour mener des enquêtes auprès des ménages.⁸

1.4 Le suivi, l'évaluation et la revue sont évalués régulièrement

Le système de S&E doit être régulièrement évalué afin que les indicateurs mesurent effectivement ce qu'ils sont censés mesurer, que les données soient produites conformément aux normes, que l'analyse des données et la communication des résultats fournissent aux décideurs les informations dont ils ont besoin et que la gestion des données englobe une évaluation de la qualité.

Il est essentiel que les indicateurs utilisés pour le S&E répondent aux besoins des utilisateurs et puissent être adaptés. Si, dans le domaine de la santé, les priorités, les stratégies ou les activités ont changé, il faut vérifier que les indicateurs restent pertinents et, le cas échéant, les modifier. Les données sur lesquelles les indicateurs reposent doivent être exactes, complètes et actualisées. Les données doivent absolument être de qualité, c'est-à-dire valables et fiables, et la transparence est d'une importance cruciale.

Ces évaluations doivent être effectuées tous les deux à trois ans et les rapports doivent être rendus publics et revus chaque année.

⁸ The International Household Survey Network: <http://www.ihsn.org>.

II. Capacités institutionnelles

Pour bien fonctionner, le système de S&E doit s'inscrire dans un environnement institutionnel propice, où le rôle et les responsabilités des différents acteurs sont définis. Le personnel doit être assez nombreux et posséder les moyens techniques voulus pour gérer les diverses composantes du système de S&E permettant de procéder à des revues des progrès et de la performance.

Attribut 2. Les rôles, les responsabilités et les mécanismes de coordination concernant le suivi, l'évaluation et la revue sont clairement définis

2.1 Il existe un mécanisme national efficace de suivi, d'évaluation et de revue

La mise en œuvre de la stratégie sanitaire nationale est généralement supervisée par un comité de coordination dirigé par le ministère de la santé, avec la participation d'acteurs infranationaux, d'autres ministères, d'OSC, du secteur privé, d'établissements universitaires et de partenaires du développement. Ces comités possèdent souvent des groupes de travail ou des sous-comités techniques, dont un s'occupe du S&E. Ce sous-comité doit avoir les compétences techniques nécessaires pour orienter toutes les activités relatives au S&E, y compris la revue analytique, et faire participer les principales parties concernées. Ce sous-comité doit se réunir régulièrement et assidûment, établir des procès-verbaux de ses réunions, établir des rapports officiels à l'intention du comité de coordination et produire des documents.

2.2 Le rôle et les responsabilités des principales institutions et parties prenantes sont clairement définis

La composante S&E de la stratégie sanitaire nationale doit préciser quelles sont, dans le pays, les institutions et les parties intéressées qui participeront au S&E et aux revues du secteur de la santé. Les rôles et les responsabilités, définis aux niveaux national et infranational, couvrent la collecte, l'analyse, la synthèse et l'utilisation des données. La transparence – indispensable pour garantir une planification efficace et la redevabilité des gestionnaires – est essentielle à chaque étape.

Pour la supervision institutionnelle du S&E, plusieurs possibilités peuvent être envisagées. Par exemple, elle pourrait être confiée à un groupe au sein du ministère de la santé ou à une organisation privée ou à but non lucratif. Les structures de gouvernance et de financement peuvent aussi être différentes mais, dans un souci d'objectivité maximale, le suivi, l'évaluation et le renforcement des capacités doivent être assumés par des institutions qui ne s'occupent pas de l'exécution des programmes. Dans certains pays, les bureaux

nationaux de la statistique qui appliquent les Principes fondamentaux de la statistique officielle⁹ peuvent offrir ce niveau d'objectivité et de transparence. Ailleurs, cette fonction peut être assurée efficacement par des instituts universitaires, de recherche et de santé publique.

Les décisions concernant le renforcement des capacités peuvent être fondées sur un bilan du contexte institutionnel.

Attribut 3. Le renforcement des capacités de suivi, d'évaluation et de revue est pris en compte

Il faut établir une procédure claire de renforcement des capacités au niveau du pays pour tous les aspects du S&E servant aux revues des progrès et de la performance, y compris la collecte, l'analyse, la synthèse, l'évaluation de la qualité, la diffusion et l'utilisation des données. En exploitant les compétences et les capacités des institutions universitaires, de santé publique et de recherche présentes dans le pays, il est possible d'améliorer la qualité des statistiques relatives à la santé.

3.1 Les conditions du renforcement des capacités sont définies et prises en compte

Des capacités sont nécessaires dans les domaines suivants :

- **Collecte des données.** En général, l'office national de la statistique est chargé de mener des enquêtes de santé auprès des ménages et d'établir des statistiques d'état civil à partir des registres des naissances et des décès, mais le ministère de la santé joue aussi un rôle de premier plan. Le ministère de la santé dirige souvent la compilation des données administratives et cliniques et peut être amené à collaborer avec certaines institutions pour évaluer la qualité des données. En outre, le ministère de la santé effectue souvent une évaluation des établissements, auquel cas les données doivent être collectées de manière assez indépendante. On peut par exemple avoir recours à du personnel d'écoles de formation aux opérations de terrain.
- **Compilation et stockage des données.** Cette opération consiste à réunir les données produites par l'office national de la statistique, les chercheurs, les donateurs, les partenaires du développement et les organisations non gouvernementales, entre autres. Ceci incombe généralement au ministère de la santé ou à l'office national de la statistique mais, parfois, une institution semi-indépendante joue un rôle important. Dans un système de S&E solide, l'accès public aux données sanitaires est un élément essentiel de la transparence.
- **Évaluation de la qualité, validation et ajustement des données.** Ces opérations doivent inclure une évaluation indépendante de la qualité des données tirées de sources cliniques et administratives, d'enquêtes ponctuelles et d'autres sources. Idéalement, elles sont réalisées par des institutions indépendantes dans le pays, par exemple des centres universitaires et de recherche, en collaboration avec le ministère de la santé et l'office national de la statistique.
- **Analyse des données et revues des performances.** Ces opérations consistent à faire la synthèse des données venant de plusieurs sources afin de procéder à des revues, de mettre au point des plans, d'analyser des politiques, d'établir des rapports régionaux et mondiaux et d'effectuer des évaluations. Idéalement, elles sont réalisées par des institutions dans le pays, en collaboration avec le ministère de la santé et l'office national de la statistique. Les partenaires mondiaux peuvent également fournir une assistance technique.

⁹ Principes fondamentaux de la statistique officielle : <http://unstats.un.org/unsd/methods/statorg/FP-French.htm>.

- **Estimations et modèles statistiques.** Concernant les principales statistiques sanitaires, il s'agit d'appliquer des normes, des outils et des méthodes mondiaux pour corriger les biais et les valeurs manquantes, produire des estimations et faire des prévisions à des fins de planification. Les estimations et les modèles statistiques incombent principalement au personnel du ministère de la santé et de l'office national de la statistique.
- **Présentation et diffusion des données** auprès de différents publics cibles. La présentation et la diffusion des données a pour but de faciliter la prise des grandes décisions, pour lesquelles une communication efficace des résultats peut conduire à un ajustement de la mise en œuvre et à la révision des plans. Les rapports mondiaux doivent autant que possible correspondre aux rapports nationaux. La communication auprès du grand public et des médias est également essentielle et exige habituellement des compétences particulières. La présentation et la diffusion des données incombent généralement aux analystes des institutions gouvernementales et universitaires mais exigent des aptitudes particulières à la communication.

III. Suivi et évaluation

La composante S&E de la stratégie sanitaire nationale doit être fondée sur un cadre logique global qui porte sur une sélection d'indicateurs fondamentaux, définit les sources de données pour chaque indicateur et précise les plans établis pour combler les données manquantes, procéder aux analyses, évaluer la qualité des données et communiquer et diffuser les résultats.

Le S&E de la stratégie sanitaire nationale ne doit pas être effectué en parallèle au système d'information sanitaire mais doit en découler. Les composantes et les normes d'un système national d'information sanitaire sont présentées dans un document du Réseau de métrologie sanitaire.¹⁰ Un système d'information sanitaire solide doit absolument reposer sur une approche globale pour déterminer les données à collecter et à utiliser, à quels niveaux du système et qui en sont les destinataires. Les indicateurs récapitulatifs nécessaires pour la composante S&E de la stratégie sanitaire nationale doivent correspondre à plusieurs sources de données et niveaux du système de santé pour répondre aux besoins des différents utilisateurs.

Attribut 4. Un cadre global, comportant des indicateurs et des cibles, oriente les activités de suivi, d'évaluation et de revue

Le cadre commun de S&E d'IHP+¹¹ propose une représentation logique, sous la forme de la chaîne de résultats, des principales composantes du S&E d'une stratégie sanitaire nationale (voir Figure 1). Il comprend quatre grands domaines d'indicateurs : les intrants et les processus, les extrants, les résultats et l'impact.

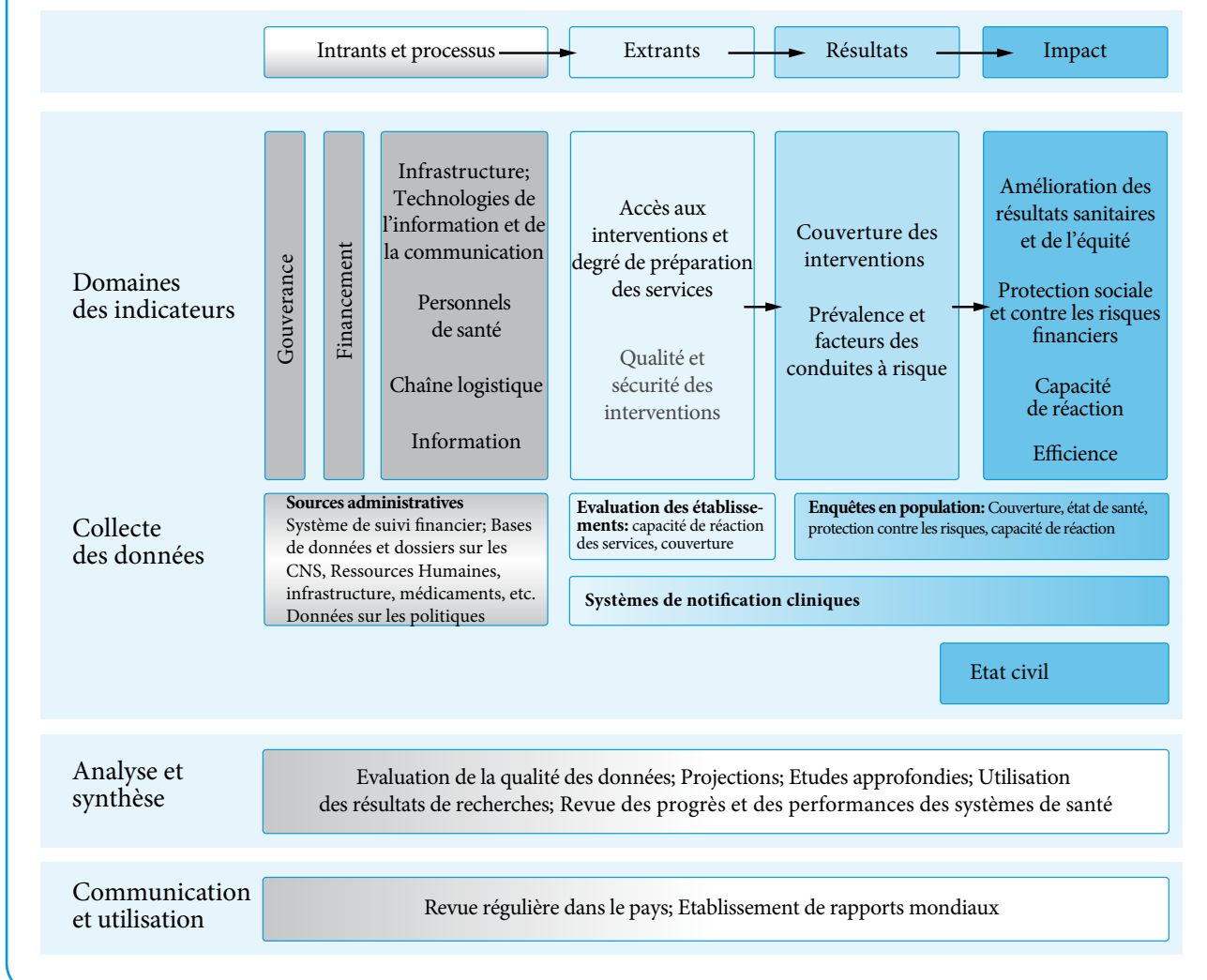
Ce cadre montre que les intrants (p. ex. financement, infrastructure) et les processus (p. ex. chaîne logistique) du système se reflètent dans les extrants (p. ex. disponibilité des services et des interventions), les résultats éventuels (p. ex. couverture des interventions) et l'impact (p. ex. amélioration des résultats sanitaires). Ce cadre peut servir à démontrer l'efficacité des interventions axées sur les maladies et de celles axées sur le système de santé.

Le cadre non seulement facilite l'identification des indicateurs essentiels tout au long de la chaîne de résultats mais il permet également de relier ces indicateurs à des méthodes de collecte des données, il souligne la nécessité d'analyser et de synthétiser les données provenant de plusieurs sources, et d'évaluer la qualité, et montre que les données doivent être communiquées et servir à la prise de décisions à différents niveaux.

10 Réseau de métrologie sanitaire. Framework and standards for country health information systems. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf).

11 Voir : http://www.internationalhealthpartnership.net/en/working_groups/monitoring_and_evaluation.

Figure 1. Cadre commun de S&E et d'IHP+



4.1 Il existe une série équilibrée et restreinte d'indicateurs fondamentaux, assortie de valeurs de base et de cibles bien définies

Indicateurs fondamentaux

Il existe des milliers d'indicateurs sanitaires et des dizaines de guides mondiaux sur les indicateurs pour des programmes sanitaires particuliers. Pour de nombreux indicateurs, la collecte des données est difficile et coûteuse et ces données sont difficiles à interpréter et ont rarement la pertinence, la fiabilité et la validité suffisantes. Dans le contexte d'une stratégie sanitaire nationale, il est très difficile de choisir une série d'indicateurs qui permettent de suivre objectivement et efficacement les progrès accomplis dans la réalisation des principaux objectifs.

Les indicateurs doivent être choisis en fonction de leur validité scientifique, de leur pertinence, de leur utilité pour les décideurs, de leur adaptabilité aux changements et de la disponibilité des données. La série

d'indicateurs fondamentaux doit permettre d'obtenir les informations nécessaires au suivi des progrès et des performances dans l'atteinte des principaux objectifs de la stratégie sanitaire nationale et doivent couvrir les intrants, les extrants, les résultats et l'impact. Le plus difficile est d'assurer un équilibre dans la chaîne des résultats et entre les différents domaines programmatiques.

Il n'y a pas de nombre optimal d'indicateurs fondamentaux mais, d'après l'expérience des pays, pour la prise de décisions stratégiques de haut niveau à l'échelon national, il ne devrait pas y avoir plus de 25 indicateurs. Il ne faut pas oublier que les indicateurs quantitatifs doivent refléter la réalité mais ne peuvent pas décrire une situation dans son ensemble.

Selon les priorités et les objectifs de la stratégie sanitaire nationale, certains indicateurs fondamentaux de haut niveau qui apparaissent dans les plans concernant certaines maladies pourraient également figurer parmi les indicateurs fondamentaux pour le S&E. Une liste d'indicateurs possibles est disponible en annexe (Annexe 3). D'autres indicateurs seront nécessaires pour l'administration de programmes à un niveau inférieur mais très peu d'entre eux devront figurer parmi les indicateurs nationaux.

Valeurs de base et cibles

Les valeurs de base et les cibles des indicateurs fondamentaux doivent être bien documentées, pertinentes et mesurables. Un calendrier doit être établi pour les actualisations et la rédaction des rapports.

On peut définir différents types de cibles.

- Une *cible absolue* correspond à l'évolution simple du niveau d'un indicateur (p. ex. le passage de la couverture vaccinale de 70 % à 85 % en cinq ans).
- Une *cible relative* correspond à une évolution relative, indépendante de la valeur initiale (p. ex. une baisse d'un tiers du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans). On a souvent recours aux cibles relatives lorsque les valeurs initiales sont incertaines.
- Il est également possible de fixer un *taux annuel d'évolution*, qui passerait, par exemple, de 2 % à 4 %. Pour fixer ce taux, il faut cependant disposer d'informations non pas sur le niveau mais sur la tendance de départ, qui est souvent difficile à mesurer.

Les cibles doivent être définies en fonction des résultats souhaités et de critères de faisabilité. On fixe souvent des cibles ambitieuses pour qu'elles soient conformes aux cibles internationales telles que les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), par exemple réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle d'ici 2015. Dans n'importe quel pays, il est préférable, à des fins de planification, de fixer des cibles réalistes qui peuvent être atteintes dans un délai et avec des ressources donnés. Pour être rationnel, le choix des cibles doit s'appuyer sur des calculs, notamment de la disponibilité probable des fonds, et doit tenir compte des résultats concrets attendus en termes d'accès aux interventions et de couverture et, finalement, d'effet sur la santé.

Application des normes mondiales

Les définitions des indicateurs doivent être conformes aux normes mondiales, disponibles auprès de l'OMS pour la quasi-totalité des maladies et pour le contrôle du système de santé. Les indicateurs doivent inclure tous les descripteurs de métadonnées nécessaires : une définition claire, la méthode de collecte et d'analyse des données, la fréquence de mesure et le niveau de ventilation.¹² La plupart des pays ont souscrit aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et ont intégré les cibles qui s'y rapportent dans leurs propres stratégies sanitaires. D'autres initiatives mondiales, comme le Partenariat Faire reculer

¹² Chaque pays doit tenir un registre des indicateurs et des métadonnées, lié à l'observatoire national des statistiques sanitaires, dans lequel figureraient et seraient définis les indicateurs fondamentaux et supplémentaires, les sources des données, les méthodes d'analyse et les valeurs statistiques des indicateurs (voir : http://www.who.int/gho/indicator_registry/en/).

le paludisme, et le mouvement en faveur de l'accès universel aux services de prise en charge du VIH/sida influent également sur la sélection des indicateurs nationaux. En reprenant ces initiatives, les pays ont montré qu'ils s'efforceraient d'atteindre les cibles convenues à l'échelle mondiale. C'est pourquoi les stratégies nationales relatives à la santé et à certaines maladies doivent tenir compte des cibles nationales et internationales.

Fréquence des mesures et des rapports

Il est possible d'introduire une certaine souplesse dans la périodicité de collecte des données pour les indicateurs fondamentaux. Pour les indicateurs qui n'évoluent pas rapidement, la collecte des données sera relativement peu fréquente. Les indicateurs qui évolueront beaucoup devront faire l'objet de programmes de collecte de données plus détaillés qui devront préciser la fréquence des mesures et des rapports.

- Les indicateurs relatifs aux intrants et aux extrants peuvent évoluer rapidement et doivent être mesurés souvent (au moins une fois par an), au moment du contrôle des plans opérationnels annuels.
- Les indicateurs de résultats – couverture des interventions et certaines conduites à risque – doivent être rapportés tous les deux ans voire tous les ans si l'on s'attend à des évolutions rapides et si des systèmes de mesure appropriés sont disponibles. Certains indicateurs de couverture peuvent être obtenus chaque année à partir des rapports des établissements de santé.
- Les indicateurs d'impact doivent être rapportés une ou deux fois tous les cinq ans, durée moyenne d'une stratégie sanitaire nationale. Dans ce cas, l'intervalle est plus long car l'impact n'évolue pas rapidement et sa mesure est plus complexe et souvent fondée sur un rappel des événements.

4.2 Les indicateurs par maladie et par programme sont alignés

Les programmes concernant chaque maladie sont accompagnés de leurs propres stratégies et plans opérationnels, plus détaillés que la stratégie sanitaire nationale. Le S&E par maladie inclura en général davantage d'indicateurs afin de mesurer le processus, les extrants et les résultats immédiats. La plupart d'entre eux servent à administrer le programme au niveau local, par exemple pour la formation et la logistique. Les principaux indicateurs doivent cependant correspondre aux indicateurs de résultat et d'impact de la composante S&E de la stratégie sanitaire nationale pour montrer les effets du renforcement du système de santé sur les résultats sanitaires.

4.3 Le cadre est intégré à la stratégie concernant le système national d'information sanitaire

Dans le cadre de la stratégie sanitaire nationale, le suivi et l'évaluation doivent être liés à la stratégie et au plan concernant le système national d'information sanitaire. Cette stratégie est plus large que la stratégie de suivi et d'évaluation car elle doit couvrir toutes les exigences institutionnelles et les procédures que doivent respecter les concepteurs et les utilisateurs du système d'information sanitaire. Elle doit aussi tenir compte du rôle des technologies de l'information. Le plan indique des buts et des étapes précis, ainsi que les coûts. La publication du Réseau de métrologie sanitaire *Framework and standards for country health information systems*¹³ présente une vue d'ensemble des informations nécessaires et utilisées aux différents niveaux de collecte des données. La série d'indicateurs doit être définie dans le cadre d'un processus participatif réunissant les principaux décideurs concernés par les programmes portant sur les maladies et sur les systèmes. Ce processus doit être axé sur les priorités de santé publique figurant dans la stratégie sanitaire nationale.

13 Réseau de métrologie sanitaire. *Framework and standards for country health information systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf).

Attribut 5. La composante relative au suivi, à l'évaluation et à la revue précise les sources de données, recense les données manquantes, comble les lacunes et définit les responsabilités en matière de collecte des données et de circulation de l'information

Pour chaque indicateur, il faut identifier la source de données à utiliser de préférence et les autres sources possibles. La périodicité, les budgets et les responsabilités concernant la collecte des données doivent être clairement définis et indiqués dans le plan de S&E. Les sources de données sanitaires peuvent être divisées en deux grandes catégories : i) celles qui permettent d'obtenir des données sur l'ensemble de la population ; ii) celles qui permettent d'obtenir des données relatives aux activités administratives et opérationnelles et concernant la santé. Le système de S&E peut aussi utiliser d'autres sources d'information, par exemple des recherches sur les systèmes de santé et des études longitudinales communautaires. Le but est que tous les pays aient accès aux sources nécessaires pour obtenir des données cruciales.

5.1 Les sources de données sont précisées de manière globale et intégrée

Pour évaluer les progrès et les performances, il faut utiliser les données de toutes les sources. Il est donc essentiel de préciser comment seront obtenues les données sur toutes les composantes des systèmes de santé, y compris les intrants, les processus, les extrants, les résultats et l'impact. Les principales sources de données sont les suivantes :

- **Le recensement de la population et des logements.** C'est la principale source d'informations pour déterminer la taille, la répartition géographique et les caractéristiques sociales, démographiques et économiques d'une population. Les recensements doivent faire partie de la composante S&E et devraient idéalement être effectués tous les 10 ans. Ils permettent d'établir des statistiques essentielles.
- **Les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil.** La composante S&E doit mentionner le recours aux statistiques d'état civil et les moyens prévus pour améliorer la disponibilité et la qualité des données sur les naissances, les décès et les causes de décès.
- **Les enquêtes sanitaires en population** principalement axées sur la couverture des services, l'équité et la santé de la population. Le plan de S&E doit comporter un plan d'enquête sanitaire¹⁴ intégré aux plans nationaux de statistique précisant le contenu, le financement et l'exécution.
- **Les données produites par les établissements,** y compris dans le cadre des systèmes d'information de routine et des évaluations et des enquêtes menées dans les établissements de santé. Le plan de S&E doit préciser de quelle manière l'établissement fournit régulièrement des informations de qualité pour les indicateurs fondamentaux, quelles données complémentaires seront collectées dans le cadre des évaluations et par quels autres moyens les données seront validées.
- **Les sources administratives de données** dont les ressources financières et les dépenses au niveau infranational. Le plan de S&E doit inclure des plans spécifiques pour l'établissement de rapports annuels sur les dépenses de chaque grand programme.

5.2 Les principales données manquantes sont recensées et les lacunes sont comblées

Pour une revue complète des progrès en matière de santé et de la performance des systèmes de santé, il faut palier le manque de données de qualité qu'il est impossible de combler seulement par des procédures analytiques et statistiques.

14 The International Household Survey Network: <http://www.ihsn.org>.

Il est probable que les défauts soient multiples et différents selon les pays mais on a observé dans de nombreux pays que les rapports de routine des établissements de santé et des districts sanitaires sont souvent incomplets, tardifs, de mauvaise qualité et biaisés. Il est particulièrement important de remédier à ces problèmes de façon systématique car, de plus en plus, ces données servent à des revues annuelles du secteur de la santé et sont utilisées par les donateurs comme base des dispositifs de financement axés sur les résultats.

Actuellement, les performances sont souvent évaluées à partir des rapports de routine établis par les établissements de santé mais il est évident que les systèmes d'établissements de rapports cliniques et sur les programmes posent plusieurs problèmes. Les outils servant à évaluer le niveau de préparation des établissements de santé et la performance des districts peuvent permettre de combler des lacunes importantes et de valider les rapports de routine venant des établissements et des districts.

Il est essentiel de combler les lacunes de données pour toutes les composantes du fonctionnement des systèmes de santé, du début à la fin de la chaîne de causes (intrants, processus, extrants, résultats et impact. Voir Figure 1). Un plan global destiné à améliorer la disponibilité des informations sur les progrès en matière de santé et les performances du système de santé doit recenser et combler les principales lacunes.

- **Renforcer le suivi des événements d'état civil** et des causes de décès à l'aide des systèmes d'enregistrement de l'état civil, des sites de surveillance démographique ou des statistiques hospitalières.
- **Harmoniser les enquêtes sanitaires** moyennant un plan national d'enquêtes en population.
- **Faire en sorte que les données produites par les établissements soient plus actuelles, plus complètes et de meilleure qualité** grâce à un système d'information de routine qui fonctionne bien. Il faut également procéder, chaque année, à une évaluation systématique des établissements, c'est-à-dire évaluer le degré de préparation des services et étudier sur les registres certains indicateurs afin de combler les lacunes, de corriger les biais et de vérifier la qualité des données rapportées systématiquement et qui servent à établir les rapports sur les progrès et la performance.
- **Améliorer les sources administratives de données** y compris les systèmes de suivi des ressources et des dépenses au niveau infranational, les systèmes de ressources humaines et les systèmes de gestion logistique.

5.3 Les responsabilités en matière de collecte et de gestion des données sont définies

La composante S&E de la stratégie sanitaire nationale doit préciser, à chaque niveau administratif (national, infranational, établissements de santé), le rôle et les responsabilités concernant la collecte, la gestion et l'analyse des données. Il faut absolument remédier à l'insuffisance des ressources humaines.

Le plan de S&E doit aussi détailler les procédures d'analyse des données administratives et des établissements et préciser les mécanismes d'information sur les performances à chaque niveau (établissements de santé, infranational ou national). Pour les enquêtes auprès des ménages et l'enregistrement de l'état civil, la collecte, l'analyse et la gestion des données doivent généralement être confiées à l'office national de la statistique et conformes aux normes internationales.

Les technologies de l'information peuvent jouer un rôle important dans l'innovation, par exemple pour produire efficacement des données (registres des patients et des établissements, collecte de données sur le terrain) et partager et échanger des données grâce à l'interopérabilité de bases parfois situées au niveau des établissements, des districts, des régions ou du pays.

Attribut 6. Les activités d'analyse et de synthèse des données sont spécifiées et les problèmes de qualité des données sont anticipés et abordés

La composante S&E doit inclure l'analyse et la synthèse de données de plusieurs sources, y compris l'utilisation de données qualitatives, ce qui permet de tenir compte de l'évolution du contexte. La participation d'institutions nationales universitaires, de santé publique et de recherche permettra de mieux faire connaître les possibilités d'analyse et ainsi d'améliorer les statistiques liées à la santé.

6.1 Les activités d'analyse et de synthèse des données sont spécifiées

Le S&E suppose d'analyser les données et d'en faire la synthèse, de résumer les résultats pour présenter une évaluation cohérente de la situation sanitaire et de son évolution et d'utiliser des indicateurs fondamentaux et des cibles pour évaluer les progrès et les performances. On peut effectuer, en outre, des analyses plus complexes afin d'obtenir des estimations fiables, par exemple de la charge de morbidité, des conduites à risque, de la couverture des services de santé et de la performance du système de santé. Il faut aussi utiliser les données tirées de la recherche sur les systèmes de santé et les données qualitatives rassemblées lors de l'analyse systématique des caractéristiques et de l'évolution du système de santé.

6.2 Les progrès et les performances sont régulièrement évalués. On procède notamment à des analyses des informations contextuelles et qualitatives

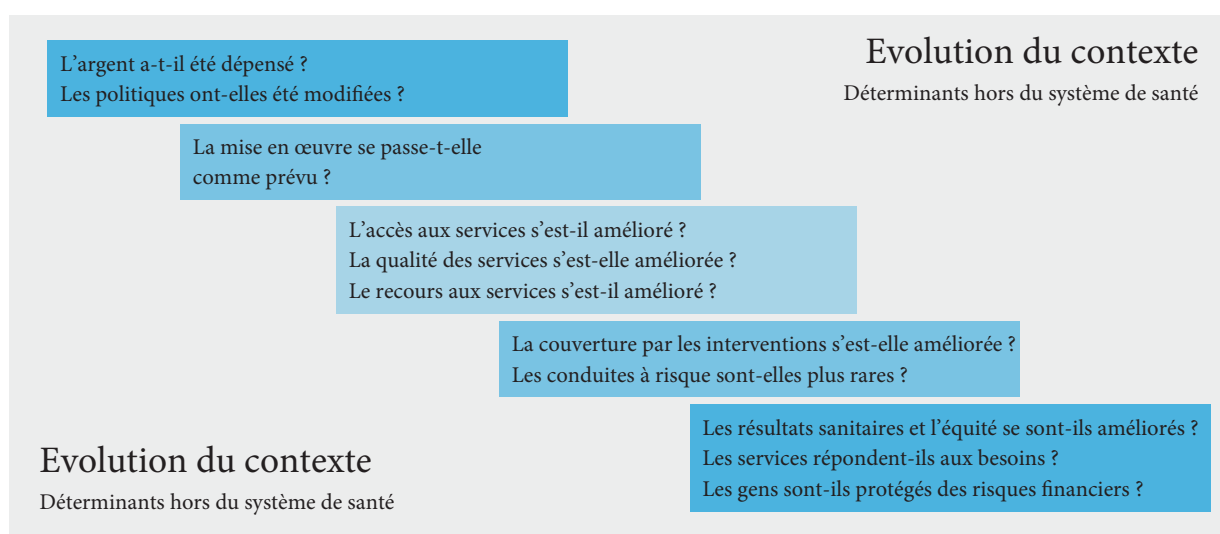
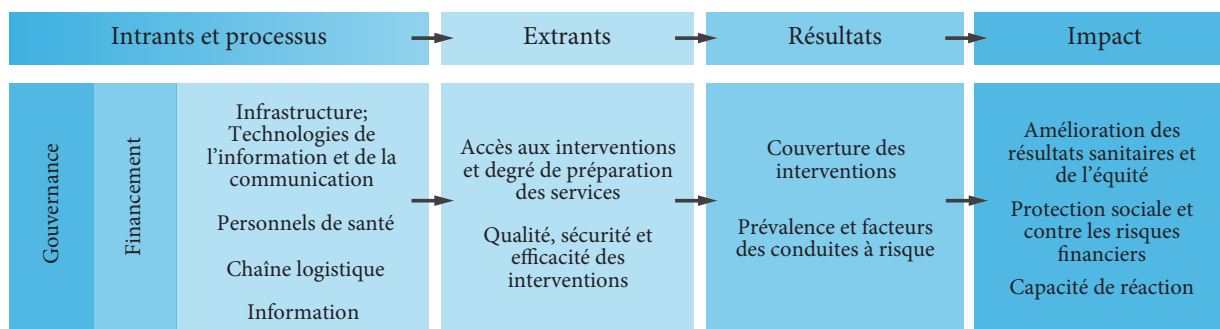
L'évaluation globale des progrès et des performances est basée sur l'analyse de l'efficacité et de l'équité de ces progrès. Les résultats de cette analyse sont interprétés à la lumière des stratégies et politiques nationales et tiennent compte de l'évolution de la situation internationale et du contexte. Un exemple d'ébauche de rapport annuel sur les progrès et les performances dans le secteur de la santé est disponible en annexe (Annexe 2).

L'évaluation des progrès et des performances dans le domaine de la santé englobe les différents aspects des analyses quantitatives et qualitatives, notamment : i) les progrès dans l'atteinte des buts de la stratégie sanitaire nationale ; ii) l'équité ; iii) l'efficacité ; iv) les analyses qualitatives de l'évolution du contexte ; et v) la comparaison des performances.

- **Progrès dans l'atteinte des buts de la stratégie sanitaire nationale.** Le S&E doit permettre de déterminer dans quelle mesure les objectifs et les buts de la stratégie sanitaire nationale (les indicateurs fondamentaux et les cibles) ont été atteints. On peut aussi effectuer une analyse par étapes pour savoir quelles politiques et quels programmes ont été efficaces, sur la base d'un éventail de critères tels que les intrants (ressources financières et politiques) ; l'accès et de recours aux services et la qualité ; la couverture des interventions ; les résultats sanitaires ; la protection contre le risque financier et la capacité de réaction (voir Figure 2).
- **Équité.** Le S&E doit mesurer les progrès accomplis en termes de répartition des progrès en matière de santé. La mesure de l'équité suppose d'analyser les différences au sein des groupes et entre les groupes et entre les pays pairs sur la base d'une série de grandes catégories et de mesures récapitulatives. La plupart des pays effectuent des analyses infranationales, particulièrement intéressantes en termes d'équité. Les analyses infranationales sont utiles non seulement au niveau national mais aussi pour les décideurs du domaine de la santé aux niveaux des provinces et des districts.
- **Efficacité.** Le S&E doit permettre de déterminer dans quelle mesure les ressources du système de santé ont été utilisées au profit de la société. Il mesure le niveau d'atteinte des buts par rapport aux intrants utilisés. L'efficacité est la mesure dans laquelle les ressources utilisées par le système de santé permettent d'atteindre les buts auxquels la population accorde de l'importance. C'est une façon de garantir que les ressources dont dispose le système sont utilisées pour apporter le plus de bienfaits possible à la société. Les revues finales de la stratégie sanitaire nationale doivent comporter une analyse de l'efficacité.

- **Évaluation qualitative et analyses de l'évolution du contexte.** Le S&E doit tenir compte des évolutions hors du système de santé, par exemple du développement socio-économique, qui ont une influence sur la mise en œuvre mais aussi sur les résultats et l'impact observés. Les analyses quantitatives ne peuvent pas englober tous les éléments nécessaires à la revue des progrès et de la performance. Les informations qualitatives sur le leadership, les politiques et le contexte sont cruciales pour comprendre avec quelle efficacité et par qui les politiques des pouvoirs publics sont mises en pratique. Un effort systématique de participation est nécessaire pour rassembler, analyser et communiquer des informations qualitatives, qui doivent être accompagnées de données quantitatives pour entamer un dialogue politique qui constituera ensuite une base solide des cycles de planification, des revues régulières et du suivi et de l'évaluation. Ces analyses doivent inclure une évaluation:
 - des réformes et des politiques relatives aux soins de santé primaires indiquant l'importance de garantir les services pour toutes les communautés ;
 - de la réponse apportée par le secteur de la santé ou les programmes de lutte contre les maladies et du respect des grandes orientations ;
 - de l'impact des facteurs culturels et politiques sur les programmes sanitaires ou multisectoriels et des résultats obtenus ;
 - du contexte organisationnel, du leadership et des mécanismes de redevabilité ;
 - de la réglementation et de la mesure dans laquelle elle permet ou empêche l'amélioration des systèmes de santé et la mise en œuvre des programmes.

Figure 2. Revue des progrès et des performances dans le domaine de la santé : approche par étapes



- **Comparaison des performances.** Il s'agit de comparaisons entre les pays et à l'intérieur de chaque pays. Il existe différents types de comparaisons selon qu'elles se font à l'échelon international ou national, et en fonction du niveau d'évaluation (prestataire de services, établissement, organisation de soins, district/province/pays), de l'objet de la mesure (processus, résultats, qualité) et de l'utilisation des données (rapport public, redevabilité, rapport interne seulement, auto-apprentissage et amélioration. Il existe plusieurs points de comparaison : i) les comparaisons systématiques entre, par exemple, la médiane ou la moyenne des « pairs », avec ou sans centiles ; ii) les « pairs » qui obtiennent les meilleurs résultats ; iii) une cible internationale ou nationale et iv) les performances passées, sur la base d'une série chronologique. Parmi les pays ou les unités infranationales considérés comme « pairs », il peut y avoir des unités géographiquement proches étant au même niveau de développement économique et social.

6.3 Il existe des processus spécifiques transparents pour l'évaluation et l'ajustement de la qualité des données

Toutes les sources de données ont des atouts et des faiblesses, dont il faut tenir compte au moment de l'analyse des données. Par exemple, les données tirées d'enquêtes auprès des ménages ne sont pas toujours exactes en raison d'erreurs d'échantillonnage ou autres, ou peuvent ne pas être à jour. En outre, elles permettent rarement de produire des données utilisables pour une analyse au niveau des districts en raison de la taille de l'échantillon et des limitations liées aux coûts. Concernant les systèmes d'information sanitaire de routine, les rapports venant des établissements de santé et des districts sont souvent incomplets, tardifs, de mauvaise qualité et biaisés.

Les progrès et les performances annuels sont souvent évalués sur la base des rapports de routine envoyés par les établissements de santé mais il est évident que les systèmes d'établissements de rapports ayant une base clinique ou programmatique posent plusieurs problèmes. Les incitations financières peuvent être un facteur aggravant en conduisant à une manipulation des données. Il faut s'attacher en priorité à développer les capacités et la motivation des responsables de secteurs et de programmes à collecter, analyser et utiliser des données pour améliorer les services et les interventions. La composante S&E doit inclure des processus réguliers et systématiques d'assurance de la qualité des données transparents et conformes aux normes internationales :

- **Évaluation et ajustement de la qualité des données (EAQD).** Pour améliorer la crédibilité des résultats, il est essentiel de recenser et de prendre en considération les biais dus à des rapports incomplets, à des inexactitudes et à la non-représentativité. Pour cela, il faut procéder par étapes : i) évaluer la complétude des rapports rédigés par les établissements et les districts ; ii) évaluer l'exactitude des dénominateurs démographiques infranationaux (souvent obtenus à partir des projections du bureau de recensement) ; iii) évaluer l'exactitude des estimations de la couverture à partir des données rapportées ; iv) analyser systématiquement les valeurs des indicateurs basés sur les établissements et les enquêtes auprès des ménages ; et v) ajuster les valeurs des indicateurs à l'aide de méthodes transparentes et bien documentées. L'EAQD doit être effectuée régulièrement et ses résultats doivent être rendus publics. La composante S&E doit aussi préciser quelles sont les institutions qui en sont chargées.
- **Système d'évaluation annuelle des établissements de santé,** comprenant une évaluation du degré de préparation des services et une revue des dossiers. Ce système permettra de combler les principales lacunes de données concernant la prestation des services et de vérifier la qualité des données de routine venant des établissements. Chaque année, avant la revue annuelle du secteur de la santé, une évaluation peut être effectuée dans un échantillon d'établissements afin d'examiner, de manière indépendante, la qualité des données sanitaires et la situation concernant la prestation des services. Cette évaluation peut être associée à une revue des dossiers pour vérifier la complétude et la qualité des rapports en comparant les résultats aux données agrégées aux niveaux des districts, des provinces et du pays. Cette évaluation fournit des informations essentielles sur la prestation des services (disponibilité des ressources humaines et des infrastructures importantes), sur la disponibilité des médicaments essentiels et sur la mesure dans laquelle les établissements de santé sont prêts à assurer les interventions de base pour la planification familiale, la santé de l'enfant, les soins obstétricaux d'urgence de base et complets, ainsi que la prise en charge de l'infection à VIH, de la tuberculose, du paludisme et des maladies non transmissibles.¹⁵

- *Formation régulière du personnel et envoi systématique d'informations en retour* à tous les niveaux sur la complétude, la fiabilité et la validité des données.
- *Comité national de S&E* qui se réunisse régulièrement et soutienne la vérification de la qualité des données dans les établissements afin d'améliorer la crédibilité des systèmes de données et d'établissement des rapports.
- *La création d'une banque de données et d'informations* partagée aux niveaux national, infranational et des districts est importante pour améliorer les pratiques relatives à l'information et effectuer une analyse des données de qualité.

Attribut 7. Les données sont diffusées et communiquées efficacement et régulièrement

Les données présentent peu d'intérêt en tant que telles, elles doivent être présentées sous une forme pertinente pour les décideurs. Il faut donc préparer, communiquer et diffuser des statistiques compréhensibles par les décideurs de haut niveau. Ces informations sont utilisées à différents niveaux du système de santé pour la prestation des services, la gestion, l'allocation des ressources, la planification, la sensibilisation et l'élaboration de politiques. Elles concernent un large éventail d'utilisateurs spécialistes de différents domaines techniques, chacun employant son propre vocabulaire et ses propres méthodes de communication. Les informations doivent répondre aux besoins des différents utilisateurs et être présentées et communiquées de la manière la plus efficace. Le calendrier de diffusion des informations doit être soigneusement défini et correspondre aux cycles de planification et aux besoins des utilisateurs. Des experts de la communication peuvent aider à préparer les informations pour différents publics. L'informatique offre de nouveaux moyens de communiquer efficacement des données à des publics spécifiques.

Il faut répondre à la dynamique entre la demande, l'offre et la qualité des informations en favorisant une culture de la demande et de l'utilisation. En pratique, cela dépend de la création de mécanismes et d'incitations institutionnels pour l'utilisation de l'information. Certains des mécanismes les plus efficaces consistent à relier les données et les informations à l'allocation réelle des ressources (budgets) et à établir un plan axé sur des indicateurs. Le plus important est de mettre au point ces mécanismes autour des processus existants dans le pays concernant les données et d'améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données plutôt que de proposer de nouveaux processus.

7.1 Des résultats analytiques sont définis et produits et servent de base à l'établissement de rapports nationaux et mondiaux

Le plan de S&E doit définir précisément les résultats analytiques qui seront obtenus et serviront de base à la prise de décisions, à l'administration des programmes, à l'engagement de dépenses et à l'établissement de rapports mondiaux.

En général, deux résultats essentiels pour les systèmes d'information sanitaire servent de base à l'établissement de rapports nationaux et mondiaux.

Rapport sur les progrès et les performances du secteur de la santé

Un rapport sur les progrès et les performances du secteur de la santé est essentiel pour les revues annuelles des stratégies sanitaires nationales et il est fondé sur les travaux d'analyse et de synthèse décrits dans la section précédente (Attribut 6). Il englobe une évaluation systématique des progrès accomplis par rapport à des objectifs et des buts spécifiques inscrits dans la stratégie sanitaire nationale et dans les plans par maladie. Le rapport sur les progrès et les performances du secteur de la santé réunit les données de

différentes sources, y compris les rapports remis par les établissements de santé, les enquêtes auprès des ménages, l'administration et des travaux de recherche, pour répondre aux questions essentielles sur les progrès et les performances à partir des principaux indicateurs et objectifs sanitaires du pays.

Rapport annuel sur les statistiques sanitaires

Ce rapport doit présenter une analyse globale de toutes les données sanitaires tirées de rapports de l'administration et des établissements de santé, y compris les plus pertinentes de chaque district. Des données détaillées doivent aussi être disponibles sur Internet. Le rapport annuel sur les statistiques sanitaires doit aborder largement les questions relatives à la qualité des données, à l'actualité, la complétude et l'exactitude des rapports, à l'ajustement des données et aux méthodes utilisées, le cas échéant.

7.2 Les décisions sont prises à l'aide d'outils et d'approches appropriés

Les décideurs doivent se prononcer sur de nombreux sujets, souvent dans des délais très courts, et ils ont donc besoin d'informations présentées de façon synthétique afin de prendre des décisions dans des domaines prioritaires. Mais les données ne leur sont pas toujours présentées ainsi. Bien souvent, les chercheurs et les spécialistes du S&E présentent les données par source ou par indicateur sanitaire plutôt que par domaine de décision ou cible programmatique. Lorsque les données sont présentées par domaine, le décideur peut immédiatement voir le lien entre ce qui lui est présenté et les décisions qu'il doit prendre. Il peut poser des questions et chercher des informations complémentaires avant d'agir.

En outre, les décideurs connaissent souvent mal la terminologie et les méthodes de la recherche et du S&E. Il leur manque parfois les outils nécessaires pour évaluer l'adéquation d'une donnée précise ou d'un résultat de travaux de recherche pour une action programmatique. Ils peuvent aussi se trouver submergés de données et ne pas savoir exactement quel résultat est le plus pertinent pour les décisions qu'ils doivent prendre. Ils ont parfois de la difficulté à comprendre la multitude de chiffres, de tableaux et de graphiques qui leur sont présentés. Il faut s'attacher davantage à relier les tableaux et les graphiques à des décisions programmatiques précises. Pour cela, il faut présenter seulement les données prioritaires nécessaires à la prise de décisions, ce qui permet aussi d'atténuer l'impression de trop-plein de données que certains décideurs peuvent avoir. Grâce à cette rationalisation, les décideurs comprennent mieux comment les données qui leur sont présentées peuvent les aider dans leur tâche.

L'utilisation d'outils et d'approches facilitant la prise de décisions, par exemple de « tableaux de bord », de bulletins d'information succincts sur des thèmes de santé, de fiches tirées d'un rapport sur la situation sanitaire et de techniques de présentation des données selon un code de couleurs, a permis d'améliorer la prise de décisions sur des bases factuelles, notamment lorsque ces moyens sont adaptés aux besoins de publics spécifiques. On trouvera ci-dessous une brève description des avantages de chaque outil ou approche.

- **Les bulletins d'information succincts sur des thèmes de santé** contiennent généralement des informations sur les principaux indicateurs sanitaires dans un domaine programmatique donné. Ces informations sont habituellement présentées sous forme de tableaux et de graphiques, accompagnés d'un texte explicatif. Les bulletins contiennent en général une grande quantité d'informations compilées à partir de différentes sources de données. Ces informations ne sont généralement pas interprétées dans le contexte de la prise de décisions et il n'y a habituellement pas de recommandations relatives à la modification des programmes. Cependant, ils constituent un moyen important de présenter une synthèse de données sur la situation sanitaire d'un pays donné. En règle générale, ils s'adressent en priorité aux administrateurs de programmes et aux autres décideurs ayant une connaissance approfondie d'un domaine programmatique particulier.
- **Les fiches tirées d'un rapport sur la situation sanitaire** présentant les principaux indicateurs sanitaires dans un pays ou un domaine programmatique donné. Une fiche diffère d'un résumé car elle contient des informations sur moins d'indicateurs sanitaires et compare les progrès actuels par rapport à une cible ou à une fiche précédente. Un système de notation est mis au point pour montrer dans quelle mesure le

programme est parvenu à atteindre une cible donnée ou à progresser davantage pour chaque indicateur sanitaire au cours d'une certaine période, ce qui permet de comparer directement les rapports. On utilise, en général, un système de notation courant dans le pays. Elle indique immédiatement aux décideurs s'ils doivent prêter attention à un service ou un indicateur en particulier.¹⁶

- **Les notes d'information** présentent, en 2 à 6 pages, des recommandations destinées aux décideurs. En général, elles exposent un problème, proposent une solution et présentent une recommandation applicable. Il est recommandé de les rédiger en utilisant un vocabulaire courant et d'accompagner le texte, d'images, de citations, de photos et de listes de puces. Les données sur lesquelles s'appuie le document sont également mises en avant. Ce format est idéal pour présenter des recommandations factuelles spécifiques.¹⁷
- **Les « tableaux de bord »** présentent visuellement une synthèse des données essentielles nécessaires pour prendre des décisions rapidement. Ils donnent un aperçu immédiat de l'état d'avancement d'un projet, dans le cadre de données chiffrées prédéterminées. Ils sont liés à une base de données afin que les utilisateurs puissent modifier les principaux paramètres, constater le changement des valeurs sur le tableau de bord puis examiner plus en détail les données à la source pour interpréter les résultats présentés. Les tableaux de bord facilitent la gestion des grandes quantités de données collectées par les programmes sanitaires car ils permettent de suivre les principaux paramètres et de faire ressortir les tendances. Ainsi, les utilisateurs peuvent recenser les problèmes et cibler certaines activités de suivi pour améliorer les services.¹⁸
- **Le code de couleurs** sert à grouper les données et à proposer des mesures. Les couleurs les plus souvent utilisées sont celles des feux tricolores (rouge, orange, vert). Chaque couleur et chaque indicateur correspondent à des fourchettes de valeurs prédéterminées en fonction des progrès vers une cible programmatique. Cette technique permet aux décideurs de voir immédiatement si des mesures doivent être prises concernant un indicateur en particulier. Il y a des similitudes entre cette stratégie et le système de notation utilisé dans les fiches tirées du rapport sur la situation sanitaire.

7.3 Les données, les méthodes et les analyses sont publiquement disponibles

L'accès public aux données et aux rapports est essentiel pour la redevabilité. Le public doit pouvoir consulter les données primaires, les métadonnées et les méthodes appliquées pour ajuster et établir les statistiques et les rapports finals, p. ex. les données sur la complétude des rapports.

Un meilleur accès aux données par le public présente d'importants avantages aux niveaux national et mondial car il favorise la collaboration et l'innovation dans le domaine des méthodes statistiques et analytiques, en ce qui concerne la collecte de données nouvelles et une meilleure utilisation des données existantes.

Le partage des données suppose une collaboration entre ceux qui produisent les données primaires et les utilisateurs primaires et secondaires, ainsi que l'application de mesures pour garantir la confidentialité et la sécurité. Au niveau national, il faut renforcer les capacités individuelles et institutionnelles de gestion des données, notamment d'archivage, avec l'aide de partenaires du développement et de donateurs dans le cadre de programmes et de projets.

Les données quantitatives et qualitatives doivent être rassemblées et mises à la disposition du public par l'intermédiaire d'observatoires nationaux de la santé ou de portails d'information et synthétisées pour suivre les progrès et les performances dans le domaine de la santé au niveau national et soutenir le dialogue politique.

16 *North Carolina women's health report card 2009*. Center for Women's Health Research, University of North Carolina at Chapel Hill, 2009 (http://cwhr.unc.edu/files/report-card-pdfs/rc-2009/2009_RC_Eng.pdf).

17 *Preparing a policy issue brief* (https://www.courses.psu.edu/hpa/hpa301_fre1/IBInstructions_fa02.PDF).

18 *Using dashboards to facilitate data informed decision making in health programs*. Data Use Net discussion summary (<http://www.cpc.unc.edu/measurement/networks/datausenet/dashboards-and-data-use-forum-may-2010/summary.pdf>).

Cette banque nationale de données, qui reposera sur une plateforme web, aura pour but d'améliorer l'accès aux données disponibles sur les principaux indicateurs sanitaires et sur la performance des systèmes. Cet observatoire national pourra comprendre, entre autres, les documents suivants : données sanitaires nationales, rapports statistiques, statistiques sanitaires nationales, outils d'évaluation et résultats, outils de communication et résultats, standards internationaux. Cette plateforme ne remplacera pas les sites Internet nationaux existants, qui ont souvent un but multiple. Par contre, les sites Internet des ministères de la santé et des bureaux nationaux de la statistique pourront librement et facilement être liés aux pages des observatoires nationaux.

Attribut 8. Une évaluation prospective est planifiée et effectuée

8.1 Une évaluation prospective, liée au suivi, à l'évaluation et à la revue des stratégies sanitaires nationales, est planifiée

L'évaluation est un aspect négligé du S&E. Il s'agit d'une analyse scientifique rigoureuse des informations relatives aux activités, aux caractéristiques, aux résultats et à l'impact d'un programme, à partir de laquelle on détermine l'intérêt d'un programme ou d'une intervention. Elle diffère du suivi, qui consiste à contrôler régulièrement les informations prioritaires, les extrants et les résultats concernant un programme, et à en rendre compte.

Les évaluations sont souvent effectuées a posteriori, lorsque de multiples données manquantes empêchent de déterminer utilement ce qui a marché et ce qui a eu le plus fort impact. Idéalement, les évaluations doivent être planifiées bien à l'avance et être prospectives et fondées sur un système de suivi solide et sur des données concernant les tendances de base des indicateurs principaux, obtenues grâce à la plateforme nationale de S&E. Les évaluations devraient être planifiées en même temps que l'élaboration du plan de suivi et d'évaluation de la stratégie sanitaire nationale, dont elles représentent une composante clé. Pour des évaluations à grande échelle, y compris un suivi continu des différents niveaux d'indicateurs, il faut disposer d'informations au niveau des districts.¹⁹

Ces données doivent être complétées par des études approfondies – à la fois quantitatives (de préférence longitudinales) et qualitatives – et des analyses englobant toutes les données et visant à attribuer les changements à certaines interventions et à évaluer soigneusement le rôle de l'évolution du contexte. En outre, s'il est possible d'établir l'efficacité des interventions, il est également essentiel d'analyser le rapport coût-efficacité afin de parvenir à des conclusions définitives. Il faut faire appel à des techniques d'analyse pour pallier les lacunes et les biais.

L'évaluation doit faire partie intégrante des revues des progrès et des performances. Les évaluations intérimaires et sommatives sont complémentaires des évaluations à moyen terme et finales de la stratégie sanitaire nationale, mais les évaluations visent à déterminer dans quelle mesure certaines interventions ont contribué à l'obtention des résultats et de l'impact observés. Idéalement, donc, les évaluations envisagent aussi ce qui se serait passé en l'absence d'intervention.

Si possible, les évaluations doivent s'appuyer sur des données tirées des revues du secteur de la santé, et les renforcer. Elles devraient s'appuyer sur les systèmes existant dans le pays et avoir explicitement pour objectif de renforcer les capacités et le système, le cas échéant.

19 Victora CG et al. Measuring impact in the Millennium Development Goal era and beyond: a new approach to large-scale effectiveness evaluations. *The Lancet*, 2010, 377(9759):85–95.

IV. Mécanismes nationaux de revue et d'action

Attribut 9. Il existe un système de revue périodique conjoint des progrès et de la performance

L'expérience tirée des approches sectorielles (SWAp) et des stratégies multisectorielles contre le sida, entre autres, a montré que des revues périodiques des progrès et des performance étaient essentiels pour informer toutes les parties intéressées de la progression du programme, débattre des problèmes et autres difficultés et parvenir à un consensus sur les mesures correctives à prendre. Les revues des progrès et de la performance font partie des mécanismes de gouvernance qui facilitent la transparence et permettent aux partenaires de débattre.

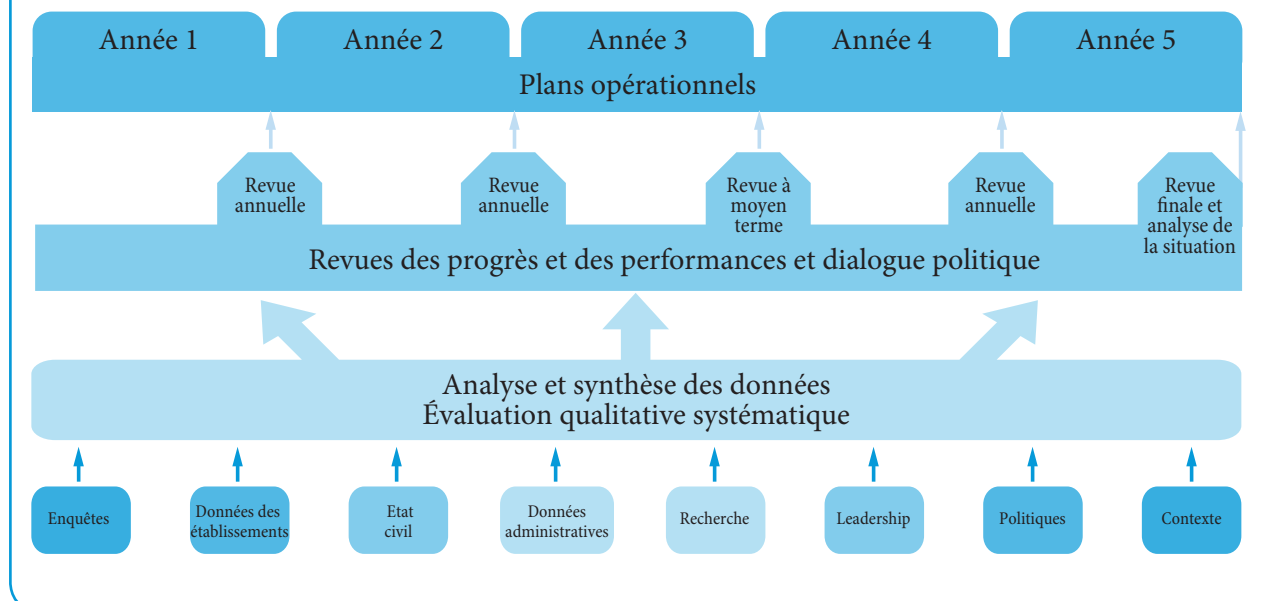
La composante S&E de la stratégie sanitaire nationale doit préciser selon quels processus les résultats du S&E peuvent être examinés et influencer sur la prise de décisions, y compris financières. En général, la stratégie nationale et les plans opérationnels sont révisés périodiquement sur la base d'une analyse, d'une synthèse et d'un dialogue politique participatif. La Figure 3 illustre comment les progrès et la performance sont évalués dans le cadre des revues annuelles qui entraînent un ajustement des plans opérationnels à l'issue d'une revue à moyen terme et d'une évaluation finale. La mise au point de toute nouvelle stratégie sanitaire nationale doit s'appuyer sur la revue finale des résultats de l'évaluation à moyen terme et des résultats de l'évaluation prospective de la stratégie précédente. Pour achever ce cycle, les résultats de l'évaluation prospective doivent servir d'analyse de situation initiale et de base factuelle pour l'élaboration de la stratégie sanitaire annuelle suivante.

9.1 Il existe un système de revues régulières et transparentes auxquelles participe un large éventail d'acteurs clé

Les personnes qui doivent participer au mécanisme de revue conjointe sont les principaux employés du ministère de la santé et de ses services, les représentants des équipes locales, des membres du personnel d'autres ministères (p. ex. finances, planification), des partenaires mondiaux, des partenaires chargés de la mise en œuvre n'appartenant pas à l'État, par exemple des OSC, et des représentant du secteur privé.

Il incombe à chaque gouvernement de déterminer, avec ses partenaires, comment faire participer les nombreuses parties concernées à la revue des performances du secteur, du programme ou du programme multisectoriel et la périodicité des revues. L'expérience tirée des approches sectorielles appliquées dans les pays montre que les revues annuelles sont particulièrement utiles lorsqu'elles peuvent servir à établir le prochain plan opérationnel annuel. La revue annuelle est alors l'occasion de faire le bilan des progrès accomplis, d'analyser ce qui a réussi et ce qui a échoué et de déterminer s'il faut modifier les priorités, changer d'orientation ou réallouer le financement.

Figure 3. Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales



La stratégie sanitaire nationale couvre en général une période de cinq ans. Les revues régulières doivent permettre d'évaluer la performance à partir des résultats obtenus par les services ou les programmes et des indicateurs de résultat. Les revues à moyen terme et finales doivent être plus étendues pour couvrir également les indicateurs d'impact.

Pour rendre compte des progrès et de la performance de la stratégie sanitaire nationale, il faut procéder à trois types de revue :

- **Une revue annuelle.** La revue annuelle est axée sur les indicateurs et les cibles qui figurent dans les plans opérationnels annuels. Il s'agit principalement d'indicateurs d'intrants, de processus et de résultats. On peut aussi, s'ils sont disponibles, examiner les indicateurs de couverture. Les revues annuelles doivent régulièrement orienter l'évaluation.
- **Une revue à moyen terme.** Cette revue est normalement effectuée à mi-période de la mise en œuvre de la stratégie sanitaire nationale. Il couvre toutes les cibles figurant dans la stratégie, y compris celles correspondant aux indicateurs de résultat et d'impact, et il tient également compte de l'évolution du contexte. La revue à moyen terme doit coïncider avec la revue annuelle (p. ex. être effectué la troisième année du plan quinquennal). Les résultats servent à ajuster les priorités et les objectifs nationaux.
- **Une revue finale.** Cette revue consiste en une analyse globale des progrès et des performances pendant toute la période couverte par la stratégie sanitaire nationale. Il s'appuie sur les revues annuelles et à moyen terme, auxquels s'ajoutent les résultats de certains travaux de recherche et de l'évaluation prospective qui doit être prévue dès le début.

Au cours des revues, différentes questions peuvent être traitées avec plus ou moins de profondeur et de rigueur selon les besoins du pays. Ainsi, certains pays peuvent souhaiter examiner une question spécifique, par exemple les ressources humaines pour la santé ou le financement de la santé, mais ils peuvent choisir d'examiner cette question en détail certaines années plus que d'autres selon les informations dont ils ont besoin.

9.2 Il existe des liens systématiques entre les revues du secteur de la santé, les revues par maladie et par programme et l'établissement de rapports mondiaux

Les revues détaillées par programme ne doivent pas être effectuées isolément mais liées à la revue de l'ensemble du secteur de la santé et y contribuer. Idéalement, une revue par programme doit être effectuée avant la revue du secteur de la santé et aider à en déterminer le contenu dans le domaine concerné. Le personnel et les chercheurs qui ne participent pas au programme doivent prendre part à la revue de ce programme afin d'en connaître objectivement les progrès.

Les rapports mondiaux doivent être principalement basés sur la production, la compilation, l'analyse, la synthèse, la communication et l'utilisation par les décideurs des données au niveau national. Pour cela, il faut harmoniser et réduire autant que possible les exigences concernant l'établissement des rapports et accroître la coordination entre les programmes « verticaux » contre les maladies et les mesures « horizontales » concernant les systèmes de santé.

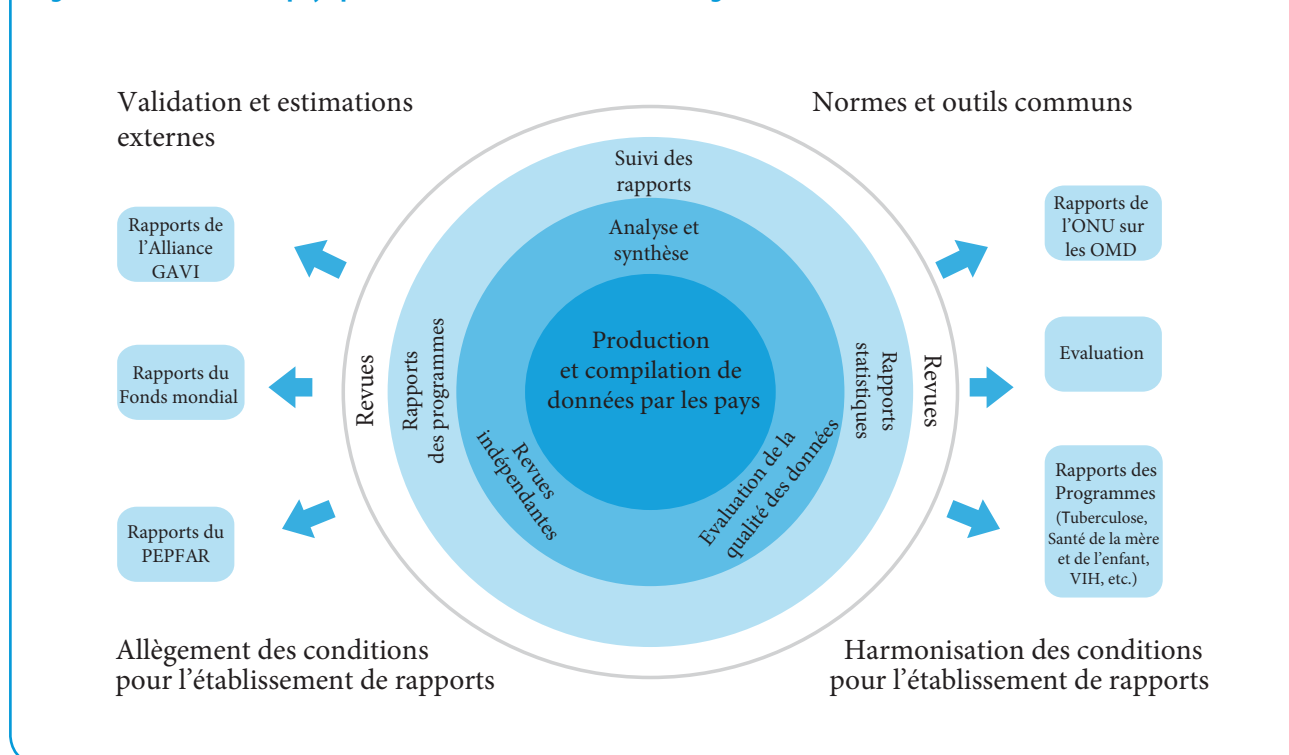
La composante S&E de la stratégie sanitaire nationale doit servir de base à tout le S&E concernant des processus tels que la composante des approches sectorielles relatives au secteur de la santé et IHP+. Elle doit aussi servir de base aux activités programmatiques soutenues par l'Alliance GAVI, le Fonds mondial et d'autres donateurs, et répondre aux besoins concernant des maladies et des programmes.

Le but est de réduire autant que possible les coûts pour les pays et les partenaires mondiaux, d'éviter la fragmentation et le dédoublement des tâches et de renforcer conjointement les systèmes nationaux d'information sanitaire tout en respectant les normes mondiales. Il s'agit d'un processus itératif qui associe le renforcement des revues nationales et l'alignement des rapports et des revues mondiaux. En fin de compte, ceci améliorera beaucoup l'efficacité et la qualité, au bénéfice de tous. La Figure 4 montre la plateforme commune de S&E des stratégies sanitaires nationales, au centre de laquelle figure la production et l'utilisation des données.

Les principes suivants doivent servir de guide pour améliorer l'alignement des revues mondiales de la performance avec le S&E de la stratégie sanitaire nationale.

- **Utilisation de rapports et de revues du secteur de la santé dirigés par les pays.** Ces documents comprennent des indicateurs et des cibles à atteindre dans un délai déterminé et présentent des résultats sur le renforcement des systèmes de santé et des programmes précis concernant la santé ou des maladies. L'accent est mis sur les cycles annuels que tous les partenaires s'engagent à utiliser comme base pour la poursuite du financement par les partenaires. Ceci implique également que les revues externes des performances soient utilisés dans le cadre des revues nationales.
- **Notations explicites et transparentes des performances.** Ces notations doivent être basées sur une première revue des performances, dans le cadre de la revue de la situation sanitaire dans le pays. Il faut également expliquer les écarts entre les résultats et les cibles et préciser quels sont les plans de rattrapage, en s'appuyant sur des orientations sur les notations et leur ajustement en fonction de facteurs liés au contexte.
- **Application de mesures explicites en faveur des performances.** Ces mesures doivent servir à accélérer le financement de subventions d'activités, à investir dans le renforcement de systèmes dont les performances ne sont pas optimales mais pour lesquels il existe un potentiel, à réduire le financement qui n'est pas utilisé et, exceptionnellement, à cesser le financement.
- **Renforcement conjoint du système de S&E pour les revues des performances.** Il faut prévoir, à cet égard, des investissements afin que les pays aient davantage de moyens de présenter des rapports, d'assurer la qualité et l'analyse des données et d'améliorer les revues de la performance. Les partenaires pourraient consacrer à ces activités jusqu'à 5 % à 10 % du financement de la santé.

Figure 4. Plateforme de pays pour le suivi et la revue de la stratégie sanitaire nationale



Attribut 10. Il existe des procédures pour appliquer des mesures correctives

10.1 Les résultats des revues servent à prendre les décisions, notamment pour l'allocation des ressources et les dépenses

La composante S&E doit préciser par quels processus le suivi des résultats peut influencer sur la prise de décisions, notamment en ce qui concerne l'allocation des ressources et les dépenses.

Le plan de S&E doit préciser comment les résultats des analyses des progrès et de la performance seront officiellement pris en compte dans les décisions futures, y compris dans les dispositifs utilisés par les gouvernements et les bailleurs de fonds pour prendre des décisions concernant l'allocation des ressources et les dépenses pour les programmes et aux niveaux infranationaux.

Dans le cadre de leurs stratégies sanitaires nationales, la plupart des pays ont recours à des plans opérationnels annuels pour définir les activités prioritaires et allouer les ressources. Les décisions doivent être fondées sur les revues nationales, ce qui implique qu'un délai doit s'écouler entre la revue des données du suivi et l'élaboration du prochain plan opérationnel annuel.

Il doit absolument exister des mécanismes officiels, par exemple un S&E pluripartite ou un comité de gestion financière qui se réunisse régulièrement, pour faire le point des progrès accomplis, recenser les obstacles et les blocages et conseiller des mesures pour les surmonter.

10.2 Des mécanismes pluripartites sont prévus pour fournir systématiquement des informations aux parties prenantes à l'échelon local

La composante S&E doit prévoir des mécanismes pluripartites permettant de renvoyer systématiquement aux prestataires infranationaux et non-étatiques des informations sur les performances. Il est tout aussi important de faire le bilan des performances au niveau national que de renvoyer des informations sur ces performances aux niveaux infranationaux et aux personnes chargées de la mise en œuvre. On a constaté que les « boucles de rétro-information », où les informations vont au niveau central puis reviennent à ceux qui les ont fournies, présentent plusieurs avantages. Premièrement, ce retour d'informations permet aux responsables locaux, aux superviseurs et aux personnes chargées de la mise en œuvre d'examiner leurs atouts et leurs faiblesses et de savoir là où ils doivent faire davantage d'efforts. Deuxièmement, lorsque ceux qui collectent les informations voient comment elles sont utilisées et comment elles peuvent leur être utiles dans leur travail et celui de leurs collègues, ils sont davantage enclins à améliorer la qualité des informations qu'ils fournissent.

Annexes

Annexe 1. Plateforme de suivi, d'évaluation et revue : exemple d'ébauche d'un plan de suivi, d'évaluation et de revue de la stratégie sanitaire nationale

Chapitre 1 : La stratégie sanitaire nationale comme base des résultats et de la redevabilité

- 1.1 Buts et objectifs de la stratégie sanitaire nationale
- 1.2 État actuel du système d'information sanitaire
- 1.3 Processus d'élaboration de la composante suivi, évaluation et revue
- 1.4 Alignement du suivi, de l'évaluation et de la revue par maladie et par programme

Chapitre 2 : Capacités institutionnelles

- 2.1 Principaux mécanismes de coordination nationaux
- 2.2 Rôle et responsabilités des principales institutions et parties prenantes du pays
- 2.3 Stratégie nationale de renforcement des capacités

Chapitre 3 : Cadre de suivi et d'évaluation

- 3.1 Cadre de suivi et d'évaluation
- 3.2 Indicateurs
 - Indicateurs fondamentaux, valeurs de base et cibles, périodicité des rapports
 - Indicateurs par maladie et par programme : liens
- 3.3 Sources de données
 - Données à collecter pour les principaux indicateurs
 - Principales lacunes et faiblesses et mesures à prendre
 - Gestion des données
- 3.4 Analyse, synthèse et qualité des données
 - Analyse et synthèse des données
 - Évaluations régulières des progrès et de la performance
 - Procédures d'assurance de la qualité des données
- 3.5 Composante évaluation
- 3.6 Diffusion et utilisation des données
 - Résultats et responsabilités concernant l'analyse

Chapitre 4: Mécanismes nationaux de revue et d'action

- 4.1 Système de revue périodique conjoint des progrès et de la performance aux fins de prise de décisions
- 4.2 Liens entre les revues programmatiques et la revue générale du secteur de la santé
- 4.3 Prise de décisions en matière de mesures correctives et de dépenses

Budget

Annexe 2. Rapport annuel sur les progrès et les performances dans le secteur de la santé : exemple d'ébauche

Résumé d'orientation

Chapitre 1 : Introduction

- Buts et objectifs de la stratégie sanitaire nationale
- Méthodologie d'élaboration du rapport sur les progrès et les performances et questions relatives à la qualité des données

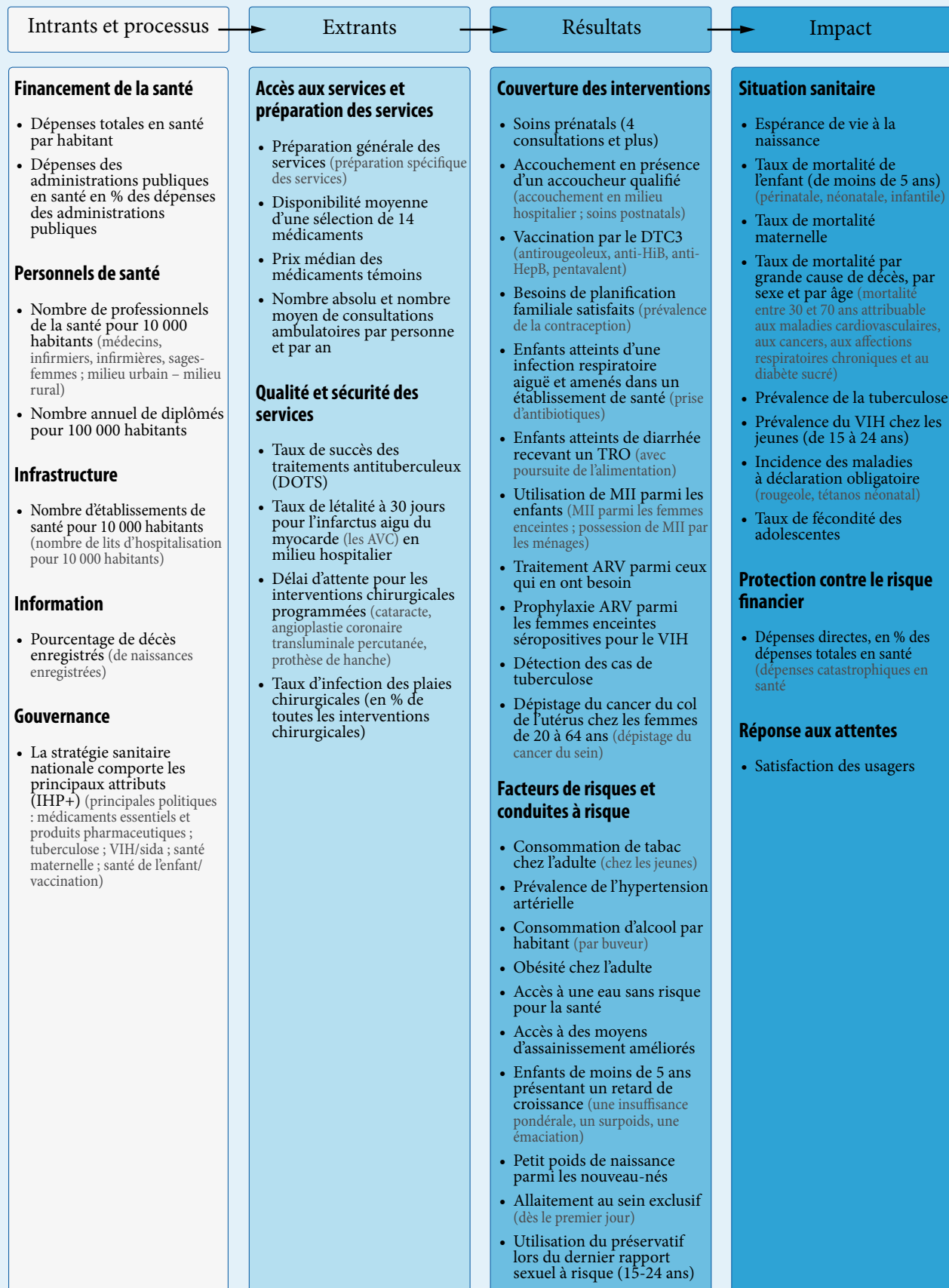
Chapitre 2 : Mesure des performances dans le secteur de la santé

- Analyse des progrès et de l'évolution des indicateurs fondamentaux (à partir des valeurs de base et des cibles correspondant aux indicateurs fondamentaux de la stratégie sanitaire nationale)
- L'argent a-t-il été dépensé comme prévu ? Les politiques ont-elles été modifiées ?
- La mise en œuvre se passe-t-elle comme prévu ?
- L'accès et le recours aux services se sont-ils améliorés ? La qualité des services s'est-elle améliorée ?
- La couverture par les interventions s'est-elle améliorée ? Les conduites à risque sont-elles plus rares ?
- Les résultats sanitaires et l'équité se sont-ils améliorés ? Les services répondent-ils aux besoins des usagers ? Les gens sont-ils protégés des risques financiers ? La prestation de services est-elle efficace (rapport valeur/ressources) ?

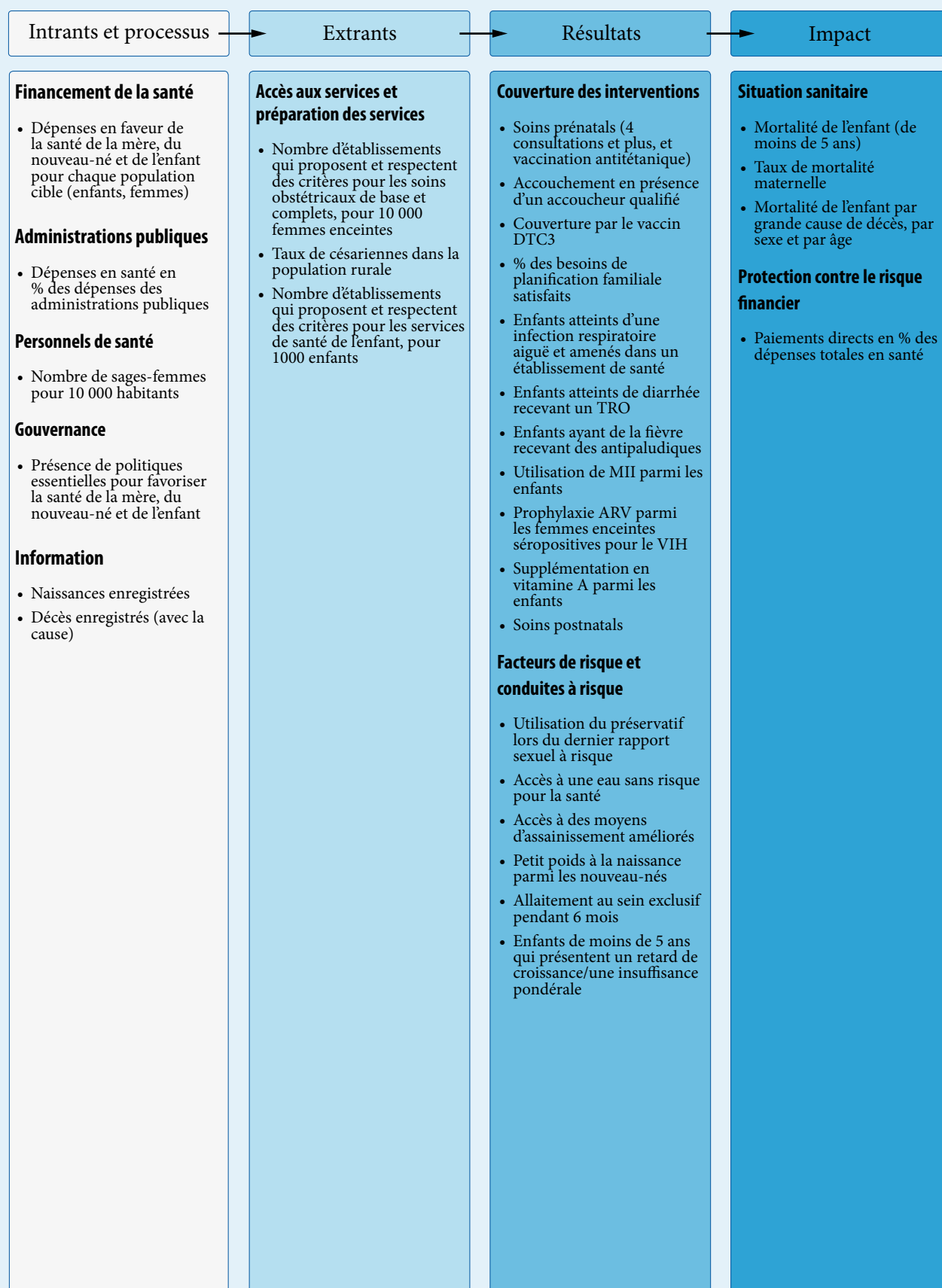
Chapitre 3 : Synthèse des conclusions, recommandations et mesures proposées

Annexe 3. Panier d'indicateurs possibles pour le suivi de la progression et des performances du système de santé

Indicateurs de base pour les revues du secteur de la santé (liste proposée par l'OMS)



Exemple d'indicateurs de base pour la revue des programmes de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant



Métadonnées et sources de données pour d'éventuels indicateurs de suivi de la progression et des performances du système de santé

INDICATEUR (dimension supplémentaire)	DÉFINITION	SOURCES DE DONNÉES (alternatives préférées)	THÈME
Intrants et processus			
Financement de la santé			
1. Dépenses totales en santé par habitant ^{3,5,6,7,8} (dépenses consacrées à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant par personne cible)	Dépenses totales en santé (DTS) par habitant (dépenses consacrées à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant par personne cible) exprimées en dollars internationaux PPA	Comptes nationaux de la santé ; revue des dépenses	Financement
2. Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses des administrations publiques ^{3,5,6,8}	Niveau des dépenses des administrations publiques en santé (DAPS) exprimé en pourcentage des dépenses totales des administrations publiques	Comptes nationaux de la santé ; revue des dépenses	Financement
Personnels de santé			
3. Nombre de professionnels de la santé pour 10 000 habitants ^{3,5,7,8} (médecins, infirmiers, infirmières, sages-femmes ; milieu urbain – milieu rural)	Nombre de professionnels de la santé (médecins, infirmiers, infirmières, sages-femmes) disponibles dans le pays par rapport à la population totale (milieu urbain–milieu rural)	Dossiers administratifs ; recensements ; évaluation des établissements	Ressources humaines
4. Nombre annuel de diplômés pour 100 000 habitants ^{5,7} (par profession, par spécialité et par sexe)	Nombre de diplômés (hommes–femmes) d'établissements préparant aux professions de santé (facultés de médecine, d'odontologie et de pharmacie, écoles de soins infirmiers, écoles de sages-femmes et autres services de santé) au cours de la dernière année universitaire, divisé par la population totale	Dossiers administratifs des établissements de formation	Ressources humaines
Infrastructure			
5. Nombre d'établissements de santé pour 10 000 habitants ^{5,7} (nombre de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants)	Nombre d'établissements de santé (de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants) disponibles par rapport à la population totale dans une zone géographique donnée	Bases de données des établissements de santé aux niveaux national et des districts	Accès
Information			
6. Pourcentage de décès enregistrés ^{5,7} (de naissances enregistrées)	Nombre de décès enregistrés (de naissances enregistrées) d'après l'état civil ou d'autres systèmes d'enregistrement, les systèmes hospitaliers ou les systèmes communautaires	Dossiers administratifs	Information

INDICATEUR (dimension supplémentaire)	DÉFINITION	SOURCES DE DONNÉES (alternatives préférées)	THÈME	
Gouvernance				
7.	La stratégie sanitaire nationale comporte les principaux attributs (IHP+) ⁵ (politiques sur les médicaments essentiels et les produits pharmaceutiques, la tuberculose, le paludisme, le VIH/sida, la santé maternelle, la santé de l'enfant, la vaccination)	Les politiques sanitaires nationales (sur les médicaments et les produits pharmaceutiques essentiels, la tuberculose, le paludisme, le VIH/sida, la santé maternelle, la santé de l'enfant, la vaccination) définissent les priorités et les rôles que doivent jouer les différents acteurs, favorisent le consensus et estiment les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs et répondre aux priorités	Revue de la stratégie sanitaire nationale	Gouvernance
Extrants				
Accès aux services et préparation des services				
8.	Préparation générale des services ⁵ (préparation spécifique des services)	Établissements qui proposent et respectent des critères pour la prestation des services généraux (préparation spécifique des services, sur la base de critères pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, la tuberculose, le VIH, le paludisme, etc.)	Évaluation des établissements	Prestation des services de santé; préparation
9.	Disponibilité moyenne d'une sélection 14 médicaments essentiels ^{5,7,8} (Points de vente publics-privés)	Pourcentage moyen de points de vente (publics-privés) où l'on trouve une sélection de médicaments essentiels le jour de l'enquête	Évaluation des établissements	Accès
10.	Rapport des prix médians des médicaments témoins ^{5,7,8} (public-privé)	Le rapport des prix pour le consommateur correspond au rapport entre le prix unitaire médian (p. ex. le prix par comprimé ou unité de traitement) et le prix international de référence médian de Management Sciences for Health (MSH) pour le même produit au cours de l'année précédant l'enquête (pour chaque point de vente de médicaments public-privé)	Évaluation des établissements	Accès
11.	Nombre absolu (et moyen) de consultations ambulatoires par personne et par an ⁵ (taux d'hospitalisation ; taux de césarienne ^{3,8})	Nombre de consultations ambulatoires dans les établissements de santé (nombre d'hospitalisations ; % de césariennes) par rapport à la population totale d'une zone géographique donnée (pourcentage de naissances vivantes à l'issue d'accouchements par césarienne)	Rapports des établissements; évaluation des établissements ; enquêtes en population	Utilisation
Qualité et sécurité des services				
12.	Taux de succès des traitements antituberculeux (DOTS) ¹⁰	Proportion des nouveaux cas de tuberculose à frottis positif ayant achevé avec succès un traitement DOTS au cours d'une année donnée, avec ou sans preuve bactériologique de succès (« guéri » ou « traitement achevé » respectivement)	Rapports des établissements	Qualité ; tuberculose

INDICATEUR (dimension supplémentaire)	DÉFINITION	SOURCES DE DONNÉES (alternatives préférées)	THÈME
13. Taux de létalité à 30 jours pour l'infarctus aigu du myocarde (les AVC) en milieu hospitalier ⁴	Proportion de patients hospitalisés pour qui le diagnostic principal est celui d'infarctus aigu du myocarde (d'AVC) et qui sont décédés dans les 30 jours suivant leur admission	Dossiers hospitaliers	Qualité ; MNT
14. Délai d'attente pour les interventions chirurgicales programmées ⁴ (cataracte, angioplastie coronaire transluminale percutanée, prothèse de hanche)	Délai moyen d'hospitalisation dans l'attente d'une intervention chirurgicale programmée (non urgente) (cataracte, angioplastie coronaire transluminale percutanée, prothèse de hanche), en nombre de jours	Dossiers hospitaliers	Accès ; MNT
15. Taux d'infection des plaies chirurgicales (en % de toutes les interventions chirurgicales) ⁴	Taux d'infection des plaies chirurgicales, en % de toutes les interventions chirurgicales	Dossiers hospitaliers	Qualité

Résultats

Couverture des interventions

16. Soins prénatals (4 consultations et plus) ^{2,3,6,7,8} (Couverture des soins prénatals (1 visite et plus))	Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont donné naissance à un enfant vivant au cours d'une période donnée et qui ont bénéficié de soins prénatals de la part d'un soignant qualifié au moins quatre fois (une fois) au cours de leur grossesse (pourcentage de femmes qui ont consulté au moins une fois un soignant qualifié au cours de leur grossesse pour des motifs liés à leur grossesse)	Enquête ; rapports des établissements	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
17. Accouchement avec l'aide de personnel qualifié ^{2,3,6,7,8} (taux d'accouchement en milieu hospitalier ; soins postnatals ⁶)	Proportion de naissances vivantes ayant eu lieu en présence de personnel qualifié (pourcentage de mères qui ont accouché dans un établissement de santé ; pourcentage de mères qui ont bénéficié de soins postnatals dans les deux jours suivant l'accouchement)	Enquête ; rapports des établissements	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
18. Couverture par le vaccin DTC ^{3,6,7,8} (antirogeoleux ² , anti-HiB, anti-HepB, pentavalent)	Pourcentage de nourrissons (âgés de 12 à 23 mois) qui ont reçu trois doses du vaccin conjugué antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux antirogeoleux ² , anti-HiB, anti-HepB, pentavalent) au cours d'une année donnée	Enquête ; rapports des établissements	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
19. % des besoins de planification familiale satisfaits ^{2,3,6,8} (prévalence de la contraception)	Proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) mariées ou en couple et dont les besoins de planification familiale sont satisfaits (qui ne veulent plus d'enfants ou qui souhaitent attendre au moins deux ans avant d'avoir un enfant et qui, pourtant, n'utilisent pas de méthode de contraception) (le taux de prévalence de la contraception correspond au pourcentage de femmes qui utilisent, ou dont le partenaire sexuel utilise, une méthode contraceptive. Il est généralement rapporté pour les femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou en couple)	Enquête ; rapports des établissements	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, santé génésique

INDICATEUR (dimension supplémentaire)	DÉFINITION	SOURCES DE DONNÉES (alternatives préférées)	THÈME
20. Enfants atteints d'une infection respiratoire aiguë amenés dans un établissement de santé ^{3,8} (prise d'antibiotiques ⁶)	Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois chez qui on suspecte une pneumonie (et qui reçoivent des antibiotiques) amenés chez un soignant qualifié	Enquête	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; pneumonie
21. Enfants atteints de diarrhée qui reçoivent un TRO ^{3,8} (avec poursuite de l'alimentation)	Proportion d'enfants âgés de 0 à 59 mois qui ont eu une diarrhée au cours des 2 dernières semaines et qui ont reçu des sels de réhydratation orale ou une solution appropriée préparée à domicile (TRO) (qui ont reçu un traitement par réhydratation orale avec poursuite de l'alimentation)	Enquête	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; diarrhée
22. Supplémentation en vitamine A chez l'enfant ^{3,8}	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu deux doses de vitamine A pendant l'année civile	Enquête	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
23. Utilisation de MII parmi les enfants ^{2,3,8} (utilisation de MII parmi les femmes enceintes ; possession de MII par les ménages)	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans (de femmes enceintes ; de ménages) habitant dans des zones d'endémie palustre et qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) au cours de la nuit précédant l'enquête	Enquête	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; paludisme
24. Traitement ARV parmi ceux qui en ont besoin ^{1,2,8}	Pourcentage d'adultes et d'enfants présentant une infection à VIH à un stade avancé et qui reçoivent une association d'antirétroviraux conformément aux protocoles thérapeutiques convenus à l'échelle nationale (ou aux normes de l'OMS/ONUSIDA) parmi le nombre estimé d'adultes et d'enfant ayant une infection à VIH à un stade avancé	Rapports des établissements	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; VIH
25. Prophylaxie ARV parmi les femmes enceintes séropositives pour le VIH ^{1,2,3,6,8}	Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH et qui ont reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant, parmi le nombre estimé de femmes enceintes vivant avec le VIH	Rapports des établissements	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; VIH ; PTME
26. Détection des cas de tuberculose ^{8,10}	Ici, l'expression « détection des cas » signifie que la tuberculose est diagnostiquée chez un patient et notifiée dans le cadre du système national de surveillance puis à l'OMS. Le pourcentage de détection des cas est calculé en divisant le nombre de cas notifiés par le nombre de cas estimé pour une année donnée et en multipliant le résultat par cent	Rapports des établissements	Qualité ; tuberculose
27. Dépistage du cancer du col de l'utérus (20-64 ans) ^{4,9} (Dépistage du cancer du sein (50-69 ans))	Proportion de femmes (âgées de 20 à 64 ans) qui signalent avoir subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années (Pourcentage de femmes (âgées de 50 à 69 ans) qui ont subi un test de dépistage du cancer du sein, d'après le taux de couverture de la mammographie)	Enquête ; rapports des établissements	MNT ; santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

INDICATEUR (dimension supplémentaire)	DÉFINITION	SOURCES DE DONNÉES (alternatives préférées)	THÈME
Facteurs de risque et conduites à risque			
28. Consommation de tabac chez l'adulte ^{4,9} (chez les jeunes (13-15 ans); hommes, femmes)	Estimations de la prévalence de la consommation actuelle de tout produit du tabac, d'après la dernière enquête sur la consommation de tabac chez l'adulte (chez les jeunes; hommes, femmes) (ou une autre enquête comportant des questions sur la consommation de tabac), les données ayant été ajustées selon la méthode de régression de l'OMS pour la standardisation (cf. méthode d'estimation de l'OMS)	Enquête	MNT
29. Prévalence de l'hypertension artérielle ^{4,9}	Pourcentage d'une population donnée présentant une hypertension artérielle (tension systolique ≥ 140 mmHg et/ou tension diastolique ≥ 90 mmHg, ou prise de médicaments contre l'hypertension artérielle)	Enquêtes en population, système de surveillance	MNT
30. Consommation d'alcool par habitant ⁹ (par buveur ⁸)	Consommation d'alcool par adulte (plus de 15 ans), exprimée en litres d'alcool pur, dans une population donnée (chez l'adulte (15 ans et plus), la consommation occasionnelle de grandes quantités d'alcool correspond à la prise d'au moins 60 grammes d'alcool pur, soit environ 6 unités d'alcool, au moins une fois par semaine)	Dossiers administratifs, enquête	MNT
31. Obésité chez l'adulte (plus de 15 ans) ^{4,8,9} (surpoids)	Dans une population donnée, pourcentage d'individus dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 30 kg/m ² (il y a surpoids lorsque l'IMC est égal ou supérieur à 25 kg/m ²)	Enquête	MNT
32. Proportion de la population qui utilise une source d'eau de boisson améliorée ^{2,3,8} (milieu urbain-milieu rural)	Pourcentage de la population (urbaine-rurale) qui utilise une source d'eau de boisson améliorée	Enquête	Santé environnementale
33. Proportion de la population qui utilise des moyens d'assainissement améliorés ^{2,3,8} (milieu urbain-milieu rural)	Pourcentage de la population (urbaine-rurale) qui utilise des moyens d'assainissement améliorés	Enquête	Santé environnementale
34. Enfants de moins de 5 ans qui présentent un retard de croissance ^{3,6,8} (une insuffisance pondérale ² ; un surpoids ⁸ ; émaciation ⁸)	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dont la taille pour l'âge est inférieure de deux écarts-types à la médiane fixée par les normes de croissance de l'enfant de l'OMS ¹¹ (prévalence de l'insuffisance pondérale (modérée ou sévère) parmi les enfants correspond au pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dont le poids pour l'âge est inférieur de deux écarts-types à la médiane ¹¹ pour la population internationale de référence âgée de 0 à 59 mois. Surpoids : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 5 ans dont le poids pour la taille est supérieur de 2 écarts-types à la médiane fixée par les normes de croissance de l'enfant de l'OMS ¹¹ . Émaciation : poids pour la taille inférieur de 2 écarts-types à la médiane fixée par les normes de croissance de l'enfant de l'OMS ¹¹)	Enquête	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, MNT

INDICATEUR (dimension supplémentaire)	DÉFINITION	SOURCES DE DONNÉES (alternatives préférées)	THÈME
35. Petit poids de naissance parmi les nouveau-nés ^{3,4,8,9}	Pourcentage de nouveau-nés vivants dont le poids est inférieur à 2500 g par rapport au nombre total de naissances vivantes au cours d'une période donnée	Enquête, rapports des établissements	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
36. Allaitement au sein exclusif ^{3,4,6,8} (dès la première heure/dès le premier jour)	Pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui sont allaités exclusivement au sein (dès la première heure, dès le premier jour)	Enquête	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
37. Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque (15-24 ans) ^{1,2,8} (adultes âgés de 15 à 49 ans)	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans (d'adultes âgés de 15 à 49 ans) qui signalent avoir utilisé un préservatif lors d'un rapport sexuel avec un partenaire occasionnel, au cours des 12 derniers mois	Enquête	VIH/IST

Impact

Situation sanitaire

38. Espérance de vie la naissance ^{4,8} (espérance de vie à 65 ans ; hommes-femmes)	Nombre moyen d'années qu'un nouveau-né (une personne de 65 ans, homme-femme) pourrait espérer vivre, compte tenu des taux de mortalité par sexe et par âge au moment de sa naissance, pour une année donnée, dans un pays, un territoire ou une zone géographique donnée	Enregistrement des décès ; enquête ; recensement	Tous
39. Taux de mortalité de l'enfant (de moins de 5 ans) ^{2,3,6,7,8} (périnatale ⁴ ; néonatale ; infantile ^{2,4})	Probabilité pour un enfant né pendant une année ou une période donnée de mourir avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans, compte tenu des taux de mortalité pendant la période considérée (mortalité périnatale : nombre de mortinaissances et de décès au cours de la première semaine de vie pour 1000 naissances vivantes ; mortalité néonatale : nombre de décès au cours des 28 premiers jours de vie pour 1000 naissances vivantes pendant une année ou une autre période donnée ; probabilité de mourir entre la naissance et l'âge de un an exactement, pour 1000 naissances vivantes)	Enregistrement des décès ; enquête ; recensement	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
40. Taux de mortalité maternelle ^{2,3,6,7,8}	Le taux de mortalité maternelle est le nombre annuel de décès de femmes, de causes liées à la grossesse ou aggravées par la grossesse ou sa prise en charge (sauf les causes accidentelles), survenant pendant la grossesse ou l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, quelle que soit la durée de la grossesse ou le type de grossesse, pour 100 000 naissances vivantes, pour une année donnée	Enregistrement des décès ; enquête ; recensement ; rapports des établissements	MNCH

INDICATEUR (dimension supplémentaire)	DÉFINITION	SOURCES DE DONNÉES (alternatives préférées)	THÈME
41. Taux de mortalité par grande cause de décès, par âge et par sexe ^{2,7,8} (mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète sucré ; aux 20 premières causes de décès, sur la de la CIM)	Probabilité pour une personne de 15 ans de mourir avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans (pour 1000 habitants)	Enregistrement des décès; enquête ; recensement ; rapports des établissements	Tous
42. Prévalence de la tuberculose ^{2,8} (taux de notification des cas de tuberculose ; incidence de la tuberculose ¹⁰)	Nombre de cas de tuberculose (toutes formes) dans une population à un moment donné (le milieu de l'année civile), parfois appelée « prévalence ponctuelle ». Les estimations incluent les cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH (taux de notification de la tuberculose : nombre annuel de cas de tuberculose notifiés dans une population ; Incidence de la tuberculose : nombre de nouveaux cas de tuberculose (toutes formes) et de rechutes au cours d'une année donnée	Enquête, rapports des établissements	Tuberculose
43. Prévalence du VIH chez les jeunes (de 15 à 24 ans) ^{1,2,8} (incidence du VIH chez les 15-49 ans)	Nombre estimé de jeunes âgés de 15 à 49 ans atteints d'une infection à VIH, présentant ou non des symptômes du sida, en pourcentage de la population totale dans cette tranche d'âge (incidence du VIH : nombre de nouveaux cas d'infection à VIH chez les 15-49 ans au cours d'une période donnée)	Établissements sentinelles, enquête	VIH
44. Incidence des maladies à déclaration obligatoire (RSI) ⁸ (Rougeole ; tétanos néonatal ; méningite ; choléra ¹²)	Une maladie qui, en vertu de dispositions réglementaires ou légales, doit être déclarée à l'autorité de santé publique ou à une autre autorité sur le territoire concerné lorsque le diagnostic est posé	Systèmes de surveillance des maladies	Tous
45. Taux de fécondité des adolescentes ^{2,3,8}	Nombre annuel de nouveau-nés dont la mère est âgée de 15 à 19 ans, pour 1000 femmes dans cette tranche d'âge (ou taux de fécondité par âge pour les femmes de 15 à 19 ans)	Enquête	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; Santé génésique
Protection contre le risque financier			
46. Dépenses directes en % des dépenses totales en santé ^{3,5,7,8} (dépenses catastrophiques en santé ; % de ménages appauvris chaque année à cause de paiements directs)	Dans chaque région, nombre de ménages pour qui les paiements effectués directement aux prestataires (dépenses catastrophiques en santé ; % de ménages appauvris chaque année à cause de paiements directs) pour des raisons de santé au cours des 12 derniers mois représentaient plus de 40 % des revenus après déduction des dépenses de subsistance ou 10 % des revenus totaux	Comptes nationaux de la santé, enquête	protection ; financement
Réponse aux attentes			
47. Satisfaction des usagers			

Références pour les indicateurs

1. ONUSIDA. Monitoring the Declaration of the Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on the Construction of Core Indicators, 2010 Reporting. Genève, ONUSIDA, 2009 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/>)
2. ONU. Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York, Organisation des Nations Unies, 2003 (<http://unstats.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=IAEG.htm>)
3. OMS/UNICEF. Countdown to 2015 decade report (2000-2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Washington, OMS/UNICEF, 2010 (<http://www.countdown2015mnch.org/>)
4. ECHIM. European Health Indicators: Development and Initial Implementation. Helsinki, National Public Health Institute, 2008 (<http://www.echim.org/>)
5. OMS. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf)
6. Tenir les promesses, mesurer les résultats. Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé pour la santé de la femme et de l'enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/final_accountability_report_fr.pdf)
7. Fonds mondial. Guide de suivi et d'évaluation : lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et renforcement des systèmes de santé. Fonds mondial, 2009 (<http://www.theglobalfund.org/en/me/documents/toolkit/>)
8. OMS. Statistiques sanitaires mondiales. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/fr/index.html>)
9. OMS. Global Status Report on noncommunicable diseases. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/)
10. OMS. Global tuberculosis control. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2010/en/index.html)
11. OMS. WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HSE_IHR_2010.1_eng.pdf)
12. OMS/ONUSIDA. Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance. Deuxième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/whocdscsr992F1.pdf>)

Annexe 4. Comment effectuer une évaluation rapide des pratiques et mécanismes de suivi, d'évaluation et de revue dans un pays

Approche

Il est recommandé que l'évaluation et le renforcement du suivi, de la revue et des mesures correctives soient fondés, autant que possible, sur les activités menées pour renforcer les processus nationaux et mondiaux et favoriser davantage l'application de mesures, le cas échéant. Au niveau des pays, il s'agit notamment des activités menées dans le cadre d'IHP+ et des initiatives apparentées, plus particulièrement de celles visant à instaurer un dialogue politique global, intégré et participatif et des stratégies sanitaires nationales solides, et des efforts déployés par les pouvoirs publics pour accroître la redevabilité.

Cette approche suppose d'évaluer et d'analyser de manière structurée les atouts et les faiblesses du système d'information sanitaire du pays et de définir les principales mesures à prendre pour combler les lacunes et répondre aux besoins. L'évaluation est basée sur une analyse de la situation du pays en ce qui concerne les principaux attributs et caractéristiques de la plateforme de suivi, d'évaluation et de revue de la stratégie sanitaire nationale.

L'évaluation peut être utilisée au cours de l'élaboration du plan de S&E de la stratégie sanitaire nationale afin que la teneur de cette stratégie corresponde aux besoins du pays et que la stratégie suscite un engagement et une appropriation larges. Elle peut aussi servir à examiner la stratégie, lorsque celle-ci est presque achevée, et à prendre des décisions sur le soutien et le financement de la stratégie. On peut aussi, grâce à cette évaluation, suivre la progression de la redevabilité dans l'ensemble du secteur de la santé et dans le cadre de programmes spécifiques, par exemple ceux concernant la santé de la femme et de l'enfant, le VIH, la tuberculose, le paludisme, etc.

L'évaluation comprend la définition des prochaines étapes ou "actions suggérées". Ces prochaines étapes ont pour but d'assurer la prise des mesures nécessaires pour remédier aux faiblesses/lacunes identifiées dans la composante S&E de la stratégie sanitaire nationale. Une progression naturelle après la définition de ces mesures est l'établissement d'un cadre ou d'une feuille de route pour leur mise en place. Le développement de ce cadre ou feuille de route, basé sur l'analyse des pratiques et des mécanismes de suivi, d'évaluation et de revue du pays, constitue un grand pas en avant vers le suivi et l'amélioration de la redevabilité au niveau national. Le processus d'élaboration de cette feuille de route est décrit ci-après (point 4.).

1. Planification de l'évaluation de la situation

1.1 Planification de l'évaluation

Les premières étapes de la planification d'une évaluation de la situation sont généralement abordées puis définies lors d'une réunion de groupe de coordination des partenaires d'un secteur ou d'un sous-secteur dans le pays. Dans bien des cas, l'évaluation initiale est considérée comme la première étape de l'élaboration du plan de suivi et d'évaluation de la stratégie sanitaire nationale dans le cadre du processus JANS d'IHP+ mais ce plan peut aussi être élaboré pour faire suite à la demande d'appui du gouvernement en matière d'évaluation des systèmes d'information sanitaire, d'élaboration de pactes nationaux, de revues analytiques et de renforcement des capacités.

1.2 Engagement des dirigeants politiques

L'engagement des décideurs et des dirigeants politiques est d'une importance capitale s'il on veut que l'évaluation entraîne une amélioration importante de la redevabilité. Les dirigeants politiques doivent d'abord s'engager en faveur des buts liés à la santé (dépenses de santé, formation des agents de santé mais aussi couverture des interventions ou baisse de la mortalité). Certains dirigeants prennent des engagements précis pour améliorer l'équité en ce qui concerne les indicateurs sanitaires. Parfois, certains événements sont un bon moyen de garantir l'engagement du gouvernement, des parlementaires et d'autres dirigeants politiques ou membres importants de la société en faveur de la santé. On peut relier le cadre de redevabilité à ces événements pour en améliorer les chances de succès. La société civile peut jouer un rôle important dans le suivi.

2. Outils d'analyse/évaluation de la situation

L'analyse/évaluation de la situation est basée sur les principaux attributs et caractéristiques d'une plateforme nationale de S&E et de revue détaillés dans les sections précédentes. Les deux composantes de cette analyse sont: 1) la liste de contrôle pour évaluer les principaux éléments d'une plateforme nationale de S&E (Tableau 1) et 2) l'outil d'évaluation de la redevabilité (Tableau 2). Pour mener à bien l'analyse/évaluation de la situation, les deux documents devront être utilisés ensemble, et sont décrits ci-après.

Tableau 1. Liste de contrôle pour évaluer les principaux éléments d'une plateforme nationale de S&E et de revue pour la redevabilité

I. La stratégie sanitaire nationale est à la base de l'information et de la redevabilité		
1. La stratégie sanitaire nationale comporte une composante solide pour le suivi, l'évaluation et la revue		
Caractéristiques	Éléments à rechercher	Signes d'alerte/lacunes
1.1 La stratégie sanitaire nationale comporte une composante solide pour le suivi, l'évaluation et la revue.	<ul style="list-style-type: none">• La stratégie sanitaire nationale comporte une composante solide de S&E ou un plan qui fait référence aux buts et aux objectifs de la stratégie sanitaire nationale	<ul style="list-style-type: none">• (Pratiquement) aucune référence n'est faite aux buts et aux objectifs de la stratégie sanitaire nationale.
1.2 Le suivi, l'évaluation et la revue par maladie et par programme correspondent à ceux de la stratégie nationale.	<ul style="list-style-type: none">• La stratégie sanitaire nationale comporte une analyse de la situation qui fait la synthèse des déterminants de la santé et de la charge de morbidité dans le pays sur la base des dernières données disponibles	<ul style="list-style-type: none">• Il n'y a ni informations sur les priorités sanitaires ni données sur la charge de morbidité, ou elles datent de plus de cinq ans.
1.3 Le coût du plan de suivi, d'évaluation et de revue est calculé et le plan est financé grâce à l'alignement et au soutien de tous les partenaires.	<ul style="list-style-type: none">• Il est clairement indiqué comment le plan de S&E de la stratégie sanitaire nationale est lié à d'autres plans nationaux de S&E (p. ex. santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, VIH, tuberculose, paludisme, PEV, autres)	<ul style="list-style-type: none">• Il existe plusieurs plans de S&E et peu d'informations prouvent que des efforts sont faits pour les aligner
1.4 Le suivi, l'évaluation et la revue sont évalués régulièrement.	<ul style="list-style-type: none">• Description d'un processus participatif transparent impliquant les principales parties prenantes• Les partenaires acceptent d'utiliser un plan et un système de S&E et d'y contribuer.	<ul style="list-style-type: none">• Le processus d'élaboration du plan n'est pas clair et les coûts ne sont pas précisés• Les partenaires du développement continuent à investir dans des systèmes de S&E et de notification parallèles.

II. Capacités institutionnelles

2. Les rôles, les responsabilités et les mécanismes de coordination concernant le suivi, l'évaluation et la revue sont clairement définis

Caractéristiques	Éléments à rechercher	Signes d'alerte/lacunes
2.1 Il existe un mécanisme national efficace de suivi, d'évaluation et de revue.	<ul style="list-style-type: none">• Description du cadre institutionnel et des mécanismes de gouvernance pour le S&E et la revue.	<ul style="list-style-type: none">• Absence de mécanismes officiels pour assurer la coordination et la participation des principales parties prenantes.
2.2 Le rôle et les responsabilités des principales institutions et parties prenantes sont clairement définis.	<ul style="list-style-type: none">• Le mandat, le rôle et les responsabilités des différentes parties prenantes sont clairement définis.	<ul style="list-style-type: none">• Aucun acteur national extérieur au ministère de la santé ne participe

3. Le renforcement des capacités de suivi, d'évaluation et de revue est pris en compte

Caractéristiques	Éléments à rechercher	Signes d'alerte/lacunes
3.1 Les conditions du renforcement des capacités sont définies et prises en compte.	<ul style="list-style-type: none">• Analyse des capacités et des limites concernant les ressources humaines par le biais du système d'information sanitaire (collecte, gestion, analyse et diffusion des données et rédaction de rapports).• Le rôle et les responsabilités des partenaires et des institutions nationaux dans la collecte, l'analyse et la diffusion des données sont clairement définis.	<ul style="list-style-type: none">• (Pratiquement) aucun effort n'a été fait pour analyser les besoins.• Le coût des améliorations concernant les ressources humaines n'est pas détaillé ou aucun budget d'urgence n'est prévu en cas de manque de ressources.• Aucun système de supervision n'est en place pour contrôler les capacités du personnel et la qualité des données.

III. Suivi et évaluation

4. Un cadre global, comportant des indicateurs et des cibles, oriente les activités de suivi, d'évaluation et de revue

Caractéristiques	Éléments à rechercher	Signes d'alerte/lacunes
4.1 Il existe une série équilibrée et restreinte d'indicateurs fondamentaux, assortie de valeurs de base et de cibles bien définies.	<ul style="list-style-type: none">• Un cadre de S&E a été défini d'un commun accord avec tous les partenaires. Il comporte une série d'indicateurs de base qui correspondent aux principaux éléments de la stratégie nationale.	<ul style="list-style-type: none">• Les indicateurs sont mal définis et ne correspondent pas aux objectifs et aux cibles de la stratégie générale.
4.2 Les indicateurs par maladie et par programme sont alignés.	<ul style="list-style-type: none">• La stratégie comporte des cibles réalistes, des étapes annuelles intermédiaires et évalue les progrès sur la base de valeurs de référence.• Le plan de S&E donne des précisions sur la source des informations et la méthode de collecte des données pour chaque indicateur.• Les données relatives à la série d'indicateurs de base sont exactes et à jour, et elles sont ventilées afin de permettre une étude de l'équité (y compris par sexe, groupe socioéconomique ou région).• Les partenaires mondiaux ont rationalisé les rapports concernant les indicateurs de base.• Les indicateurs de base et les plans de S&E par maladie sont alignés.	<ul style="list-style-type: none">• Il n'y a ni points de départ ni cibles.• Il y a trop d'indicateurs à contrôler dans un domaine donné.• Il n'y a pas de référence à des plans par maladie.• Les partenaires du développement continuent à collecter des données distinctes pour leurs propres indicateurs.

5. La composante relative au suivi, à l'évaluation et à la revue précise les sources de données, recense les données manquantes, comble les lacunes et définit les responsabilités en matière de collecte des données et de circulation de l'information

Caractéristiques

5.1 Les sources de données sont précisées de manière globale et intégrée.

5.2 Les principales données manquantes sont recensées et les lacunes sont comblées.

5.3 Les responsabilités en matière de collecte et de gestion des données sont définies.

Éléments à rechercher

- Le suivi s'appuie sur des systèmes d'information sanitaire qui fonctionnent bien, y compris des systèmes de routine dans les établissements, des évaluations des établissements et des sources de données administratives.
- Les lacunes concernant les informations, notamment les problèmes de qualité des données et les rapports incomplets, sont analysées et un plan pour y remédier est mis au point.
- Il existe un plan coordonné pour l'organisation d'enquêtes en population et d'évaluations des établissements (degré de préparation des services et évaluations de la qualité).
 - Les dossiers des établissements de santé sont revus et les services évalués périodiquement pour vérifier la qualité des données.
 - Il est prévu d'effectuer au moins deux enquêtes en population à grande échelle au cours des xx prochaines années.
 - Il est prévu de renforcer l'enregistrement et les statistiques de l'état civil et le pays s'y est fermement engagé.
 - L'état actuel du système de suivi des décès et des causes de décès a été systématiquement évalué à l'aide d'un outil standardisé.
- Les rôles et les responsabilités concernant la collecte et la gestion des données à chaque niveau du système de santé sont clairement définis.

Signes d'alerte/lacunes

- Le S&E ne s'appuie que sur une ou quelques sources de données.
- Le plan de S&E ne donne (pratiquement) pas de précisions sur la source des données pour chaque indicateur.
- Les lacunes ne sont pas analysées.
- Aucune enquête n'est prévue.

6. Les activités d'analyse et de synthèse des données sont spécifiées et les problèmes de qualité des données sont anticipés et abordés

Caractéristiques

- 6.1 Les activités d'analyse et de synthèse des données sont spécifiées.
- 6.2 Les progrès et les performances sont régulièrement évalués. On procède notamment à des analyses des informations contextuelles et qualitatives.
- 6.3 Il existe des processus spécifiques transparents pour l'évaluation et l'ajustement de la qualité des données.

Éléments à rechercher

- Il existe un plan clair pour l'analyse et la synthèse des données et les rôles et les responsabilités sont clairement définis.
- Un rapport est établi régulièrement (chaque année) sur les progrès accomplis par rapport aux objectifs et aux cibles en matière d'équité et d'efficacité.
- On dispose régulièrement de données concernant les niveaux infranationaux et il existe un mécanisme pour évaluer la qualité des données par le biais d'une vérification indépendante, par exemple une revue des dossiers des établissements et une évaluation de la prestation des services.
- Des méthodes d'analyse transparentes et un plan d'ajustement sont appliqués.

Signes d'alerte/lacunes

- Les plans n'indiquent pas clairement qui analysera les données et quand.
- Aucun mécanisme d'évaluation et d'ajustement de la qualité des données n'est prévu ou décrit.
- Aucune vérification indépendante de la qualité des données n'a été effectuée au cours de l'année écoulée.
- Aucun mécanisme ne permet aux parties prenantes d'étudier la qualité des données.

7. Les données sont diffusées et communiquées efficacement et régulièrement

Caractéristiques

- 7.1 Des résultats analytiques sont définis et produits et servent de base à l'établissement de rapports nationaux et mondiaux.
- 7.2 Les décisions sont prises à l'aide d'outils et d'approches appropriés.
- 7.3 Les données, les méthodes et les analyses sont publiquement disponibles.

Éléments à rechercher

- Il existe un plan pour l'établissement de rapports annuels sur les progrès et les performances et de publications statistiques qui répondront aux besoins à tous les niveaux (mondial, national, des districts).
- Il existe un mécanisme efficace d'échange de données et le public a accès à des données et des rapports (dans un souci de redevabilité), par exemple grâce à une banque nationale de données/un observatoire.
- Les mécanismes de retour d'informations à tous les niveaux sont décrits.

Signes d'alerte/lacunes

- Les données sanitaires ou les résultats des programmes ne sont pas régulièrement publiés à l'intention des parties prenantes et du grand public.
- Le plan de S&E n'indique pas clairement quel rapport sera établi.
- Il n'y a pas de mécanismes de retour d'informations.

8. Une évaluation prospective est planifiée et effectuée

Caractéristiques	Éléments à rechercher	Signes d'alerte/lacunes
8.1 Une évaluation prospective, liée au suivi, à l'évaluation et à la revue des stratégies sanitaires nationales, est planifiée.	<ul style="list-style-type: none">• Les plans d'évaluation sont incorporés dans la stratégie sanitaire nationale.• La durée de l'évaluation identique à celle de la stratégie sanitaire nationale.• L'évaluation est directement liée au cycle de revues (y compris la revue annuelle du secteur de santé).• L'évaluation des interventions principales des programmes spécifiques est directement liée à l'évaluation générale de la stratégie sanitaire nationale.• Pour répondre aux besoins en matière de formation, l'évaluation donne des informations en temps réel autant que possible.• Des données désagrégées (par unité administrative) sont disponibles pour les indicateurs principaux de la stratégie sanitaire nationale, pour la durée de celle-ci.• L'évaluation n'est pas uniquement focalisée sur des mesures quantitatives de succès, mais s'adresse également au contexte, à la complexité et aux conséquences fortuites positives et négatives.• Les institutions/personnes indépendantes responsables de l'évaluation sont clairement identifiées.• Les évaluateurs ont accès aux données.	<ul style="list-style-type: none">• Les plans d'évaluation ne sont pas mentionnés dans la stratégie sanitaire nationale.• Il n'y a pas de lien entre l'évaluation de la stratégie sanitaire nationale et l'évaluation des programmes spécifiques.• Les évaluateurs ne sont pas indépendants.• Les données concernant les indicateurs principaux ne sont pas disponibles.• Il est difficile pour les évaluateurs d'avoir accès aux données.

IV. Revues

9. Il existe un système de revue périodique conjoint des progrès et de la performance

Caractéristiques	Éléments à rechercher	Signes d'alerte/lacunes
9.1 Il existe un système de revues régulier et transparente auquel participe un large éventail d'acteurs clé. 9.2 Il existe des liens systématiques entre les revues du secteur de la santé, les revues par maladie et par programme et l'établissement de rapports mondiaux.	<ul style="list-style-type: none">• La stratégie nationale précise les modalités de suivi des performances dans le temps et les personnes concernées par ce suivi.• Les revues des performances au niveau infranational sont également décrits, le cas échéant.• Les mécanismes de revue sont à la fois globaux (niveaux central et infranational) et sectoriels (secteur de la santé plutôt que par programmes).	<ul style="list-style-type: none">• Rien n'indique que des revues régulières devraient avoir lieu.• La stratégie semble indiquer que la revue est seulement interne et ne concerne pas toutes les parties prenantes.• Les revues des programmes sont effectuées sans lien avec la revue du secteur de la santé.

10. Il existe des procédures pour appliquer des mesures correctives

Caractéristiques	Éléments à rechercher	Signes d'alerte/lacunes
<p>10.1 Les résultats des revues servent à prendre les décisions, notamment pour l'allocation des ressources et les dépenses.</p> <p>10.2 Des mécanismes multipartites sont prévus pour fournir systématiquement des informations aux parties prenantes à l'échelon local.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Description du mécanisme en place pour la prise de décisions au plus haut niveau sur la base d'informations programmatiques et financières et des résultats des revues des performances.• Le gouvernement et les bailleurs de fonds se servent de mécanismes pour décider comment allouer les ressources, sur la base de rapports sur les performances.• Les mécanismes de retour d'informations sont décrits et les rôles et les responsabilités pour le suivi des performances et le retour d'informations sont attribués.	<ul style="list-style-type: none">• Il n'existe aucun mécanisme formel pour tenir compte des résultats du S&E dans la prise de décisions• Des mécanismes sont en place mais (pratiquement) aucune mesure n'est prise• Aucun mécanisme de retour d'informations n'est décrit.• Il n'y a pas de lien entre les mesures proposées dans les revues des performances et l'allocation des ressources nécessaires, financières et autres.

2.2 Outil d'évaluation de la redevabilité

L'outil d'évaluation de la redevabilité permet d'examiner systématiquement les attributs et les caractéristiques du secteur de la santé du pays en général et d'un domaine programmatique en particulier, par exemple la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. L'outil d'évaluation est complémentaire de la liste de contrôle, qui en constitue la base. Une proposition de modèle de l'outil est disponible ci-dessous (Tableau 2). Alors que la liste de contrôle fournit une liste des éléments à rechercher, l'outil d'évaluation donne aux pays une évaluation qualitative des attributs et des signes d'alerte/lacunes de chaque attribut.

Pour chaque attribut, l'évaluation porte sur des informations descriptives et qualitatives et sur des recommandations concernant les grands domaines suivants :

- **Atouts et les faiblesses du suivi et de l'évaluation de chaque attribut dans le pays**, y compris la prise en compte de tout plan appliqué pour obtenir chaque caractéristique lorsqu'il y a des faiblesses.
- **Recensement des principales lacunes et des domaines prioritaires** auxquels il faut prêter attention pour déterminer comment améliorer la stratégie et soutenir sa mise en œuvre.
- **Suggestions d'ordre général/prochaines étapes** pour l'amélioration ou le renforcement de la redevabilité par les parties prenantes dans le pays.

Comme mentionné ci-dessus, l'outil d'évaluation sera utilisé en même temps que la liste de test. Chacun des éléments de la liste de test pourra être utilisé comme guide pour l'analyse des atouts et faiblesses de chacune des caractéristiques. Ainsi, la liste de test est un guide pour l'outil d'évaluation, mais n'exclut en aucun cas l'analyse d'autres éléments qui peuvent être pertinents dans la revue de la composante S&E de la stratégie sanitaire nationale du pays. Après avoir effectué une évaluation approfondie de chaque attribut et de ses caractéristiques, des actions correctives devront être proposées afin de remédier aux faiblesses/lacunes identifiées. Ces actions formeront la base d'un cadre ou d'une feuille de route pour améliorer la redevabilité.

On trouvera ci-dessous une proposition de modèle permettant de faire la synthèse des résultats de l'évaluation :

Tableau 2. Outil d'évaluation de la redevabilité

Principaux éléments et caractéristiques	Plan national pour le secteur de la santé	Mesures proposées
I. La stratégie sanitaire nationale est à la base de l'information et de la redevabilité		
Caractéristique 1.1	<p><u>Atouts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • <p><u>Lacunes/faiblesses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • 	
Caractéristique 1.2	<p><u>Atouts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • <p><u>Lacunes/faiblesses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • 	

3. Mise en oeuvre de l'analyse/évaluation de la situation

La mise en oeuvre de l'analyse/évaluation de la situation peut (et doit) être reposer sur les différents instruments disponibles, tels que:

L'organisation d'un atelier pour les parties prenantes au niveau national: pour de nombreux pays, on considère qu'il est utile de débiter l'évaluation de la situation et l'élaboration d'une feuille de route ou d'un cadre pour le renforcement du S&E et de la revue par une mission de repérage. En général, un premier atelier sera organisé avec les principales parties prenantes pour faire une analyse de la situation à l'aide de l'outil d'évaluation de la redevabilité. Les participants sont généralement des représentants du ministère de la santé (planification, suivi et évaluation, programmes sanitaires et par maladie), du ministère des finances, des organismes du H4, des principales institutions bilatérales, universitaires et de santé publique, et des groupes de la société civile qui s'occupent du suivi, de l'évaluation et de la redevabilité. L'analyse de la situation peut être complétée par des réunions avec les principaux informateurs.

L'interview des principaux informateurs: alors qu'il est préférable d'effectuer l'évaluation lors d'un atelier organisé avec les parties prenantes, cette analyse devra avoir lieu même si l'organisation de cet atelier s'avère impossible. La contribution des principaux informateurs est essentielle, avec ou sans atelier. Parmi les principaux informateurs, on trouve les personnes impliquées dans le suivi et l'évaluation, le Service National de l'Information Sanitaire (SNIS) ou les départements en charge des politiques et performances au ministère de la santé, les personnes impliquées dans le développement de la stratégie sanitaire nationale (et de la composante S&E), les autres parties prenantes impliquées dans les collectes de données essentielles en dehors du ministère de la santé (p. ex. personnel de l'office national de la statistique et autres institutions principales qui soutiennent indépendamment l'évaluation du programme).

La revue des documents pertinents: outre les réunions avec les principaux informateurs et les parties prenantes, la revue des documents pertinents est essentiel à l'analyse de la situation. Les documents à examiner sont les suivants :

- Récentes évaluation des besoins ou analyse de la situation concernant les systèmes d'information sanitaire du pays et les pratiques de suivi, d'évaluation et de revue.
- Les documents relatifs à la planification et à la stratégie pour le secteur de la santé.
- Le plan de S&E de la stratégie sanitaire nationale et les plans opérationnels concernant les systèmes d'information.
- Les plans de S&E des stratégies nationales concernant le VIH, la tuberculose, le paludisme, la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, etc.
- Les rapports relatifs à la situation dans le secteur de la santé, les rapports de revues annuelles conjoints, les revues à moyen terme, les rapports de situation des consultants.
- Les rapports statistiques annuels, les bulletins d'information.
- Les déclarations d'engagement en faveur d'accords et de cibles internationaux (p. ex. les OMD, Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, etc.)

4. Élaboration du cadre/de la feuille de route pour la redevabilité

Il n'existe pas de modèle pour élaborer un cadre ou une feuille de route pour la redevabilité car il/elle doit correspondre à la situation du pays . Cependant, les feuilles de route tendent à être organisées autour des éléments principaux de la plateforme de S&E :

- le renforcement des politiques et des capacités
- le renforcement du suivi des résultats et des ressources
- le renforcement des revues des progrès et de la performance, p. ex. des revues annuelles du secteur de la santé
- le renforcement des mécanismes permettant de prendre des mesures correctives

Pour chaque élément principal, les activités à mener en priorité pour combler les lacunes et les faiblesses sont décrites et leur coût est calculé. La feuille de route doit comprendre une description de chaque activité pour une période de cinq ans (ou la durée couverte par la stratégie nationale). Le rôle et les responsabilités du pays et des partenaires doivent être définis d'un commun accord et attribués.

ISBN 978 92 4 250227 5



9 789242 502275