

**INDICATEURS CLÉS PAR CATÉGORIE ET LEURS CRITÈRES DE RÉFÉRENCE PROPOSÉS
PAR LE GROUPE GLOBAL DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE POUR LA SANTÉ**

Catégorie	Nb	Nom de l'indicateur	Type	Méthode de collecte des données	Critères de références	Commentaires
Disponibilité des ressources sanitaires	A.1	Population moyenne couverte par structure de santé (SS) fonctionnelle, par type de SS et par unité administrative	Intrant, proxy	HeRAMS	Standards SPHERE : 10.000 par unité de santé ; 50.000 par centre de santé ; 250.000 par hôpital rural/de district	Indicateur proxy d'accessibilité géographique et de répartition équitable des SS dans les différentes unités administratives des zones de crise.
	A.2	Nombre de SS avec soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) / 500.000 population, par unité administrative	Intrant, proxy	HeRAMS	>= 4 SOUB /500.000	Indicateurs proxy de la disponibilité physique et de l'accessibilité géographique des services d'urgence obstétrique dans les districts des zones affectées. On observe souvent un déséquilibre dans la disponibilité des soins en défaveur des SOUB.
	A.3	Nombre de SS avec soins obstétricaux d'urgence complet / 500.000 population, par unité administrative	Intrant	HeRAMS	>= 1 SOUC /500.000	
	A.4	Pourcentage de SS sans stock de médicaments essentiels de 4 groupes de médicaments, par unité administrative	Intrant	IRA	100 %	Indicateur de l'efficacité de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments essentiels, et indicateur proxy de la qualité des soins. La comparaison entre les zones de crise et son monitoring sont très importants.
	A.5	Nombre de lits hospitaliers (y compris la maternité) par 10.000 habitants, par unité administrative	Intrant	HeRAMS	> 10	Indique la disponibilité en lits hospitaliers dans les zones de crise, et est aussi un proxy de la répartition équitable des ressources.
	A.6	Pourcentage de SS avec prise en charge des survivants de viol + contraception en urgence + PPE	Intrant	HeRAMS	100 %	Indicateur clé pour mesurer la répartition des ressources et la disponibilité des services s'adressant aux conséquences des violences sexuelles.
	A.7	Nombre de personnels de santé (docteurs + infirmie(ière)s + accoucheuses) par 10.000 habitants, par unité administrative (%m/f)	Intrant	HeRAMS	> 22	Indicateur clé pour le suivi de la disponibilité des staffs médicaux. Peut également servir comme proxy pour le suivi de la répartition équitable des ressources par les acteurs humanitaires parmi les différents groupes de population affectés par la crise (par exemple population locale versus population déplacée). Il n'existe pas de consensus sur le nombre optimal.
	A.8	Nombre d'agents de santé communautaires par 10.000 habitants, par unité administrative	Input	HeRAMS	>= 10	Indicateur de suivi de la disponibilité des ressources humaines responsables de la prise en charge communautaire.
Couverture des services de santé	C.1	Nombre de consultations externes par personne par an, par unité administrative	Extrant, proxy	Système d'information sanitaire (SIS) / Système d'alerte précoce et de réponse aux épidémies	> = 1 nouvelle visite par personne par an	Proxy de l'accessibilité et de l'utilisation des services pouvant refléter la qualité des services. Ne renseigne pas sur la couverture mais est juste le nombre moyen de visites dans une population définie.
	C.2	Nombre de consultations par clinicien par jour, par unité administrative	Extrant	SIS	Moins de 50/ par jour / par clinicien	Mesure la charge de travail et est un proxy de la qualité des soins.
	C.3	Couverture de la vaccination contre la rougeole (6 mois-15 ans)	Extrant	SIS, enquête	> 95% dans des camps ou en milieu urbain > 90% en milieu rural	Ces indicateurs sont utilisés pour estimer la couverture vaccinale totale de la stratégie PEV. Pour éviter une surestimation, la couverture vaccinale contre la rougeole est souvent utilisée comme proxy car habituellement plus basse que la DTC3. Les deux indicateurs devraient être calculés annuellement. Ce sont de bons indicateurs de performance.
	C.4	Couverture de DTC3 chez < 1 an, par unité administrative	Extrant	SIS, enquête	> 95%	

Catégorie	Nb	Nom de l'indicateur	Type	Méthode de collecte des données	Critères de références	Commentaires
Couverture des services de santé	C.5	Pourcentage des naissances assistées par du personnel qualifié	Extrant	SIS, enquête	> 90%	Mesure le taux d'utilisation des services obstétricaux dans les SS and dans la communauté là où opèrent des sages-femmes formées. Peut servir de proxy pour suivre une progression.
	C.6	Pourcentage des accouchements par césarienne, par unité administrative	Extrant	Surveillance prospective basée sur les SS	>= 5% et <= 15%	Nombre d'accouchements par césarienne pour une période donnée sur le nombre attendu de naissances pendant la même période. Le dénominateur devrait être calculé en utilisant le taux de fertilité par classe d'âge et région (obtenu par exemple via les <i>Demographic and Health Surveys</i>). En Afrique sub-saharienne, par exemple, la proportion attendue de naissances est entre 4 et 5 % de la population totale. Peut servir de proxy pour suivre une progression.
Facteurs de risque	R.1	Nombre de cas ou incidence de maladies spécifiques au contexte local (choléra, rougeole, méningite aiguë, autres)	Impact	Système d'alerte précoce et de réponse aux épidémies, IRA, surveillance prospective basée sur les SS, enquêtes	Mesure des tendances	Utile pour mesurer l'importance de ces maladies. La surveillance à travers les SS peut être peu sensible pour les états où le recours au SS est peu fréquent, et dépend aussi de l'accessibilité au SS.
	R.2	Nombre de cas ou incidence des cas de violence sexuelle	Impact	Surveillance prospective basée sur les SS, enquêtes	Mesure des tendances	La surveillance à travers les SS peut être peu sensible pour les états où le recours au SS est peu fréquent, et dépend aussi de l'accessibilité au SS. Peut être très délicat et difficile à mesurer, demande un personnel très bien formé pour collecter les données.
	R.3	Létalité des maladies les plus fréquentes	Impact, proxy	Surveillance prospective basée sur les SS	Mesure des tendances	Mélange de sévérité de la maladie et qualité de soins. Plus probablement biaisé vers une surestimation car seuls les cas les plus sévères ont recours aux services de santé.
	R.4	Mortalité proportionnelle	Impact, proxy	Surveillance prospective basée sur les SS	Mesure des tendances	Causes non-violentes versus violentes de décès.
	R.5	Nombre d'admissions dans les CNS et CNT	Impact, proxy	Surveillance prospective basée sur les SS	Mesure des tendances	Proxy pour mesurer des tendances ; nécessite quelques pré-requis tels que qualité des soins et accès stables (validité non démontrée).
	R.6	Proportion/nombre de cas de MAG et MAS chez les < 5 ans détectés dans les SS (OPD/IPD)	Impact, proxy	Surveillance prospective basée sur les SS	Mesure des tendances	Proxy pour mesurer des tendances, de préférence par le MUAC à considérer dans son contexte (politique nationale, présence de programmes nutritionnels) ; validité non démontrée.
	R.7	Proportion de personnes avec < 15L d'eau/jour		Évaluations	Mesure des tendances	Plus directement, L par personne par jour, ce qui apporte plus d'information car variable continue.
Mesure d'impact sur la santé	O.1	Taux brut de mortalité	Impact	Enquêtes, surveillance communautaire prospective	Seuil d'urgence, soit : >= 2x taux de base OU >1/10.000/jour*	
	O.2	Taux de mortalité infantile	Impact	Enquêtes, surveillance communautaire prospective	Seuil d'urgence, soit : >= 2x taux de base OU >2/10.000/jour*	Difficile à mesurer avec suffisamment de précision, nécessite des échantillons de très grande taille.
	O.3	Prévalence de la MAG	Impact	Enquêtes	< 10 %, mesure des tendances	
	O.4	Prévalence de la MAS	Impact	Enquêtes	Mesure des tendances	Difficile à mesurer avec suffisamment de précision, nécessite des échantillons de très grande taille.
	O.5	Pourcentage de la population se situant dans le pire quintile de fonctionnement, y compris ceux présentant des difficultés de fonctionnement sévères ou extrêmes	Impact	Enquêtes WHODAS 2.0*	Les seuils doivent être définis en fonction du contexte local et de la nature de la crise. Mesure de tendances	WHO DAS 2.0 est un outil qui peut être utilisé pour évaluer et surveiller le statut global des populations affectées par des crises en mesurant le niveau de fonctionnement / handicap. Cet instrument est applicable quelque soit la culture, il prend en compte le niveau de fonctionnement dans six domaines de la vie (cognition, mobilité, prise en charge autonome, socialisation, activités, participation) et permet d'agréger un domaine spécifique avec un scoring résumé du handicap.

* *Measuring Health and Disability, Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0, WHO 2010.*