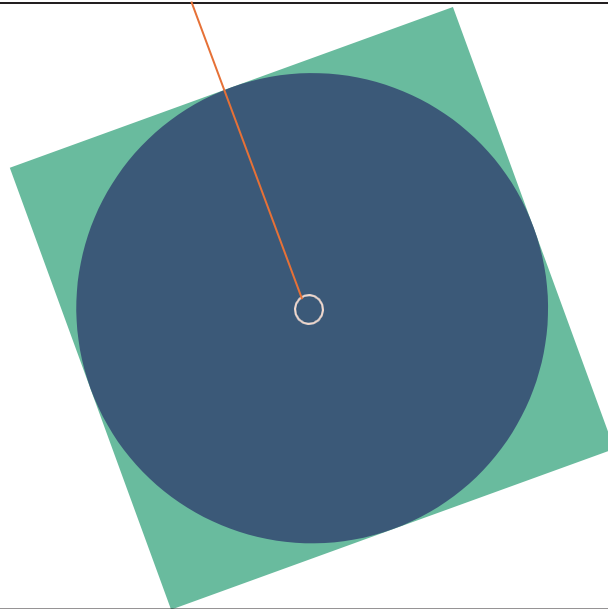


Évaluation de la ventilation par âge des données de routine en matière de planification familiale (PF)



Version préliminaire

Novembre 2024

Évaluation de la ventilation par âge des données de routine en matière de planification familiale (PF)

Data for Impact (D4I)

Université de Caroline du Nord à Chapel Hill
123 West Franklin Street, Suite 330
Chapel Hill, North Carolina 27516 USA
Téléphone : 919-445-6949
D4I@unc.edu
www.data4impactproject.org

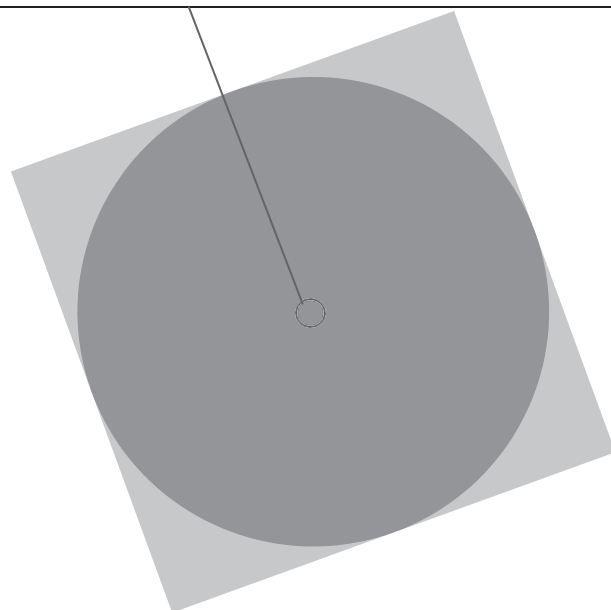


Table des matières

Évaluation de la ventilation par âge des données de routine en matière de planification familiale (PF).....	1
Évaluation de la ventilation par âge des données de routine en matière de planification familiale (PF).....	2
Table des matières	3
Abréviations	4
Introduction	5
Méthodes	6
<i>Examen des formulaires de collecte de données de DHIS2</i>	6
<i>Entretiens auprès des informateurs clés</i>	7
<i>Analyse des données</i>	8
Observations	8
<i>Données PF de DHIS2 : Collecte, contrôle qualité et utilisation</i>	8
<i>Données PF de DHIS2 : Ventilation par âge</i>	13
<i>Qu'ont préconisé les responsables S&E ?</i>	21
Conclusion	23
Références	28
Annexe.....	29

Abréviations

D4I	Data for Impact
DGPF	Direction générale de la planification familiale au Bangladesh
DGSS	Direction générale des services de santé au Bangladesh
DHIS2	(anciennement) District Health Informations Software
DIU	dispositif intra-utérin
DSS	Direction des statistiques sectorielles du Burkina Faso
EIC	entretiens auprès des informateurs clés
e-SGI	système électronique de gestion des informations
GAMA	Action mondiale pour évaluer la santé de l'adolescent
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
PF	planification familiale
PHI	pratiques à haut impact
PMEC	plan de mise en œuvre chiffré
RDC	République démocratique du Congo
S&E	suivi et évaluation
SGI	système de gestion des informations
SGIL	système électronique de gestion des informations logistiques
SIS	système d'information sanitaire

Introduction

Les indicateurs en matière de planification familiale (PF) sont essentiels au suivi et à l'évaluation des progrès réalisés dans le domaine de la santé maternelle et infantile.¹ Les données par âge représentent une composante clé de ces indicateurs qui permet de déterminer certains besoins spécifiques en PF parmi différents groupes d'âge, en particulier ceux les plus à risque de connaître une grossesse non souhaitée, comme les adolescents et les jeunes.^{2,3,4,5,6} Bien que certains indicateurs clés en matière de PF soient bien établis, la pratique de ventilation par âge dans les systèmes d'information sanitaire (SIS) varie et n'est pas appliquée de manière cohérente à travers les pays.^{7,8} Le choix de la ventilation par âge exerce un impact direct sur la manière dont les données sont analysées, interprétées et utilisées. Par conséquent, il peut affecter l'attribution des

ressources, la conception et la mise en œuvre des programmes PF et la qualité de la réponse apportée aux besoins de la population.

Un manque de données ventilées de manière adéquate peut aboutir à une compréhension inexacte des besoins en services PF, à une affectation inefficace et peu performante des ressources, et au

manque de souplesse des programmes, dès lors qu'il s'agit de répondre aux besoins divers de certaines catégories démographiques, notamment les adolescents et les jeunes. Cette limitation ne nuit pas uniquement à notre compréhension des besoins actuels en PF. Elle nous empêche également de déterminer quels segments de la population sont mal desservis, voire entièrement ignorés. En l'absence de tels renseignements, les décideurs politiques et les parties prenantes ne peuvent pas concevoir ni mettre en œuvre de politiques et de programmes PF efficaces remédiant aux disparités sanitaires spécifiques à l'âge des individus, mesurant avec précision l'impact des programmes PF sur les différents groupes d'âge ou veillant au respect des engagements en termes de prestation de services PF à travers toutes les tranches d'âge, en particulier au niveau infranational.^{9,10,11}

De plus, la structure de la ventilation par âge impacte la gestion même du SIS. Des catégories d'âge excessives et superflues peuvent surcharger le système et réduire l'analyse et l'utilisation des données. Par conséquent, le défi auquel est confronté le SIS d'un pays réside dans l'adoption d'une approche de ventilation par âge alignée à la fois sur ses besoins d'information et sur ses besoins en tant que système.

Figure 1. Pays participant à l'évaluation



Le projet [Track20](#) aide les gouvernements à recueillir, analyser et utiliser des données de routine pour suivre leurs progrès annuels en PF et améliorer leurs stratégies et leurs programmes en la matière. La mise en œuvre de cette initiative a soulevé plusieurs questions essentielles quant à la variabilité de la ventilation par âge : Quels sont les facteurs influençant les décisions prises concernant la ventilation par âge ? Comment une approche spécifique en matière de ventilation par âge affecte-t-elle l'analyse et l'utilisation des données PF ? Par ailleurs, quel est l'impact qu'exerce le choix d'une ventilation par âge particulière sur la performance du système en lui-même ?

Pour répondre à ces questions, [Data for Impact](#) (D4I) a évalué la pratique de ventilation par âge des données PF sous la plateforme DHIS2 (anciennement District Health Information Software) parmi les pays engagés dans le cadre de l'initiative Track20. Cette évaluation avait pour but d'explorer plusieurs domaines : le processus de collecte de données PF à l'intérieur de DHIS2, la manière dont les données ont été utilisées et rapportées, les décisions prises concernant la structure des données en matière d'âge, et l'impact de la ventilation par âge existante sur l'interprétation et l'utilisation des données, notamment leurs incidences sur les données relatives aux adolescents et aux jeunes. L'évaluation définit certaines pratiques actuelles au sein des ministères de la Santé de plusieurs pays, tout en reconnaissant que celles-ci évoluent et ne sont peut-être pas encore totalement alignées sur les recommandations ou pratiques exemplaires prônées à l'échelle mondiale.

Méthodes

Pour cette évaluation, nous avons adopté une méthodologie mixte, en combinant une étude documentaire des formulaires de collecte de données de DHIS2 à travers plusieurs pays participant au projet Track20 à des entretiens auprès d'informateurs clés (EIC) avec les responsables nationaux en matière de suivi et d'évaluation (S&E) impliqués dans la gestion et l'analyse des données. Cette approche a permis à D4I de recueillir certains renseignements par le biais de formulaires de collecte de données existants et de documents complémentaires, et de les valider grâce aux réflexions et perspectives des informateurs clés au fait des données PF sous DHIS2 et disposant d'une expertise en la matière.

Examen des formulaires de collecte de données de DHIS2

L'équipe D4I a collaboré avec Track20 et d'autres partenaires pour accéder aux formulaires de collecte de données DHIS2 en vue de procéder à leur examen. Ces formulaires constituent les supports électroniques ou papier qui sont utilisés par les systèmes DHIS2 nationaux et conçus pour recueillir des données portant sur divers indicateurs sanitaires, notamment la prévalence des maladies, le recours à la PF et la couverture vaccinale, parmi d'autres domaines. Les formulaires de données DHIS2 sont généralement adaptés aux besoins individuels des pays ou des programmes de santé et sont utilisés à divers niveaux du système de soins, allant des centres de santé communautaires au ministères nationaux de la Santé, pour faciliter la prise de décisions sur la base de données probantes et suivre la performance des programmes de santé.

L'équipe a été en mesure d'obtenir et de réaliser une analyse documentaire des formulaires de collecte de données PF sur DHIS2 auprès de 14 pays, y compris le Bangladesh, le Burkina Faso, le Tchad, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo (RDC), le Ghana, le Mali, le Mozambique, le Népal, le

Nigéria, les Philippines, le Soudan du Sud, la Tanzanie et le Zimbabwe. Parmi les formulaires recueillis, six étaient écrits en anglais, six en français, un en népalais et un en bengali.

Cet examen avait pour but de comprendre de quelle manière chaque SIS des pays participants capturait les données relatives à l'âge dans le contexte de la PF et d'évaluer le degré de variabilité et de cohérence des pratiques de ventilation par âge dans différents environnements. Par conséquent, l'analyse documentaire était principalement focalisée sur les indicateurs PF présentés sur les formulaires de données DHIS2 pour déterminer la structure, la portée et la nature de la ventilation par âge appliquée à ces indicateurs. En raison de variations dans la sélection des indicateurs PF à travers les pays participants, D4I a décidé de se focaliser sur les deux indicateurs les plus utilisés dans les formulaires DHIS2, à savoir le « Nombre d'utilisateurs actuels de PF » et le « Nombre de nouveaux utilisateurs de PF ».

Entretiens auprès des informateurs clés

À la suite de l'étude documentaire, D4I a réalisé des EIC auprès de responsables S&E nationaux ayant l'habitude de travailler avec les données PF de DHIS2. Au total, onze informateurs issus de dix pays ont été interrogés pour mieux comprendre les aspects pratiques de la collecte et de l'utilisation des données PF, le principe de ventilation par âge et les difficultés rencontrées durant ce processus. Les responsables interrogés étaient originaires du Bangladesh, du Burkina Faso, de Côte d'Ivoire, de la RDC, du Ghana, du Mali, du Népal, du Nigéria, des Philippines et du Zimbabwe. La sélection des informateurs avait pour objectif de couvrir un large éventail d'expériences et de points de vue sur la gestion et l'analyse des données PF au sein du système DHIS2 et de s'aligner sur les formulaires de données de cette plateforme auxquels D4I était en mesure d'accéder.

Presque tous les entretiens avec les responsables S&E ont été menés virtuellement par Zoom. En raison des contraintes de calendrier, D4I n'est pas parvenu à aborder directement les questions d'entretien avec l'informateur originaire des Philippines. Néanmoins, cet agent S&E a fourni des réponses par écrit. La communication durant les entretiens a été facilitée en anglais, en français ou en bengali pour veiller à une interaction efficace avec tous les participants. Plus spécifiquement, un membre du personnel de Track20 a œuvré comme interprète français dans le cadre de trois EIC, tandis que Google Translate a été utilisé pour un autre entretien. Deux entretiens réalisés en bengali ont été facilités, retranscrits et traduits vers l'anglais par deux membres du personnel local de D4I. Pour capturer de manière systématique les renseignements ainsi obtenus, chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement audio avant d'être résumé à l'aide d'un modèle de rapport conçu par D4I.

Préalablement à la phase d'entretien, D4I a utilisé les formulaires DHIS2 recueillis pour mettre au point un diagramme du flux de données de chaque pays et ainsi présenter la circulation et la structure des données PF. Durant le processus d'entretien, il est apparu que plusieurs formulaires de collecte de données DHIS2 ne capturaient pas pleinement le flux de données réel, étaient dépassés ou ne reflétaient pas les pratiques actuelles. Grâce à l'apport des informateurs clés, D4I a été en mesure de réviser les diagrammes de flux des données et de valider les renseignements actualisés à travers un suivi par courriel. Toutefois, D4I n'a pas été en mesure de réaliser des entretiens avec les responsables S&E au Tchad, au Mozambique, au Soudan du Sud et en Tanzanie, qui auraient pu apporter certaines clarifications ou révisions aux formulaires de

collecte de données ainsi examinés. Par conséquent, l'équipe a décidé d'exclure ces quatre pays de l'étude.

Analyse des données

D4I a utilisé un cadre servant de matrice pour structurer les données qualitatives, à travers lequel les commentaires et réflexions de chaque personne interrogée ont été enregistrés dans une rangée séparée. De plus, chaque sujet d'entretien a été organisé par colonne. L'approche organisationnelle devait faciliter l'analyse parmi les personnes interrogées, tout en permettant de trier et de comparer les données par domaine thématique.

L'analyse des formulaires de collecte de données DHIS2 et des EIC a suivi une approche thématique, qui avait pour but de définir certaines pratiques et défis fréquemment rencontrés dans la ventilation par âge des données PF. Les résultats synthétisés de l'étude documentaire des formulaires de données ont orienté la création du guide d'entretien, tandis que les entretiens ont permis de contextualiser, valider et expliquer les observations découlant de cet examen. Ce processus avait pour but de veiller à la compréhension globale des pratiques de ventilation par âge et de leurs incidences dans le cadre des programmes et des décisions politiques en matière de PF.

Observations

Données PF de DHIS2 : Collecte, contrôle qualité et utilisation

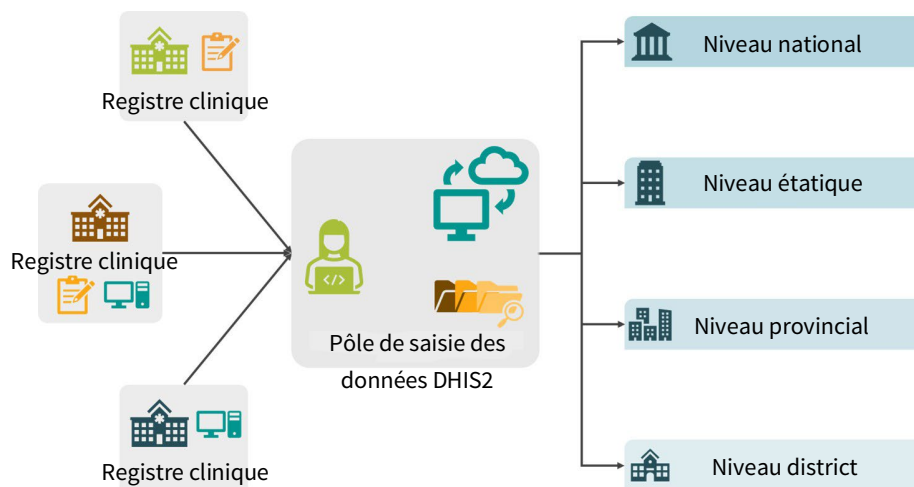
Processus de collecte de données

Les entretiens avec les responsables S&E au niveau national ont livré un panorama complexe de la collecte de données PF pour DHIS2, dans la mesure où ces pays mettent en œuvre des approches à la fois communes et distinctes dans le cadre du processus. Les données PF pour DHIS2 sont généralement recueillies par le biais des registres au niveau des structures de santé. Les données recueillies incluent certains détails portant sur les renseignements des clients, les méthodes PF fournies et la prestation de services de conseil et d'information. Les données sauvegardées dans les registres sont compilées chaque jour et résumées chaque mois par le personnel des structures de santé.

Le résumé capture certains indicateurs PF essentiels, tels que le nombre de services PF dispensés, les types de méthodes PF utilisées et les renseignements démographiques des clients desservis. Les résumés mensuels sont ensuite transférés aux niveaux hiérarchiques supérieurs du système de santé, notamment les bureaux sanitaires à l'échelle des districts et sous-districts et au niveau régional, en copie dure ou au format électronique. Au niveau des districts ou des régions, les données agrégées sont saisies sous la plateforme DHIS2, soit manuellement à partir des résumés papier ou via un transfert électronique à l'aide d'outils numériques. Avant la soumission finale, ou après la saisie de données sous DHIS2, il peut y avoir un processus de vérification et de correction pour garantir l'exactitude des données. Une fois saisies sous DHIS2, les données sont disponibles à des fins d'analyse à travers différents niveaux administratifs, allant des districts et sous-districts au niveau national. Le Figure 2 décrit un processus de collecte de données ordinaire pour DHIS2.

Généralement, les pays emploient un système de collecte de données hybride qui nécessite l'enregistrement initial de données sur papier à l'échelle des établissements, avant de transférer les données par saisies électroniques sous la plateforme DHIS2. Ce système indique une phase de transition pour passer d'une gestion traditionnelle

Figure 2. Un processus de collecte de données ordinaire pour DHIS2



des données à des méthodes de traitement numériques à travers différents pays. De plus, l'agrégation et le rapport des données mensuelles sont apparus comme des pratiques couramment utilisées, où les données PF sont résumées puis rapportées aux niveaux administratifs supérieurs avant d'être saisies directement sous DHIS2. Ce cycle de saisie des données mensuelles a été souligné du fait de sa capacité à « faciliter des mises à jour et des analyses régulières » des données PF et, par la suite, à « appuyer le suivi et la prise de décision dans les délais prescrits ». En outre, il a été constaté que l'accès aux données PF intervenait à différents niveaux, allant des structures de santé, aux sous-districts et districts, et au niveau provincial et national. Il a été rapporté que la décentralisation permettait l'accessibilité des données à divers niveaux du système de santé, facilitant ainsi le suivi de la prestation de services PF.

Malgré certains points communs, des variations ont été relevées dans la mise en œuvre de la collecte et la gestion des données. Une différence significative avait trait au degré d'intégration numérique et à la saisie directe de données dans le système DHIS2. Par exemple, le Burkina Faso, le Ghana et le Népal cherchent à promouvoir des solutions et des outils numériques, tels que des applications et des registres en ligne sur téléphones mobiles et tablettes, tandis que d'autres pays, comme le Bangladesh, la Côte d'Ivoire, la RDC et le Nigéria continuent de s'appuyer essentiellement sur des copies dures des registres pour la collecte de données initiales.

Les informateurs ont également suggéré des différences dans le niveau de détail des données saisies sous DHIS2, en particulier s'agissant de la ventilation par âge. Par exemple, la RDC et le Zimbabwe cherchent à incorporer une ventilation par âge plus détaillée, tandis que d'autres pays n'ont pas mentionné de telles initiatives.

Contrôle qualité

Les agents S&E interrogés ont mis en avant l'importance du contrôle qualité des données et indiqué que les pays ont instauré divers mécanismes pour garantir l'exactitude et la fiabilité des données PF recueillies pour DHIS2.

« La Direction des statistiques sectorielles (DSS) a établi des règles de validation concernant la saisie des données. La DSS a également mené à bien des supervisions pour contrôler la qualité des données. Nous l'appuyons dans le cadre des évaluations de la qualité des données en matière de santé reproductive. » –EIC au Burkina Faso

« Ils ont axé leurs efforts sur le niveau le plus bas, en commençant par les structures de santé, et ont essayé de déterminer d'où provenaient les erreurs. Ils ont procédé de la même manière au niveau du district. Chaque mois, le district tient une réunion pour examiner la qualité de ses données. » –EIC RDC

« Au niveau national, nous examinons les données chaque trimestre car c'est le système de validation dont nous disposons. Mais le district est censé les examiner de manière mensuelle. » –EIC Ghana

« Nous sommes parvenus à mettre au point ce tableau de bord [connu sous l'appellation FPDataPro]. Dès lors, chaque mois, je n'ai qu'à aller dans le tableau de bord. Le tableau de bord est un module comprenant sept unités de mesure que vous utilisez pour vérifier la qualité des données. » –EIC Zimbabwe

Malgré certaines différences dans des stratégies spécifiques, un thème commun parmi les pays étudiés était la mise en œuvre d'un processus de validation des données à plusieurs niveaux. Ce processus implique de recouper les données saisies sous la plateforme DHIS2 avec les relevés en copies dures, d'appliquer certaines règles de validation à l'intérieur de DHIS2 pour déterminer les divergences et de réaliser des visites d'évaluation ou de supervision à intervalle régulier au niveau des établissements et des districts, ainsi qu'à l'échelle nationale. Les validations sur plusieurs niveaux impliquent apparemment différentes parties prenantes allant des niveaux inférieurs aux échelons supérieurs assurant le contrôle qualité pour veiller à l'intégrité des données. Parmi elles figurent les gestionnaires des structures de santé, les responsables S&E au sein des pôles de saisie des données sous DHIS2 au niveau des districts et les responsables programmatiques au niveau national. Par exemple, le Bangladesh, le Burkina Faso, le Ghana, le Mali, le Népal et le Zimbabwe ont effectué des vérifications régulières de la qualité des données au sein des

établissements et des visites de supervision dans les structures pour procéder à des évaluations directes de la qualité des données. D'après certaines sources, la Côte d'Ivoire, la RDC, le Ghana et le Mali ont adopté des examens de validation des données mensuelles au niveau des structures et à l'échelle des districts, par le biais de réunions et de sessions de travail. Plusieurs pays, comme le Burkina Faso, le Ghana et le Mali, ont apparemment réalisé des visites périodiques d'évaluation de la qualité des données de routine (p. e. tous les six mois, de manière trimestrielle ou deux fois dans l'année) pour déterminer et améliorer systématiquement la qualité des données recueillies.

De plus, le recours aux technologies a été cité comme une composante centrale de ces efforts de contrôle de la qualité des données à travers les différents pays. Cette démarche comprenait l'utilisation de règles

de validation, de tableaux de bord pour suivre les unités de mesure de la qualité des données et de notifications pour les problèmes de saisie. La Côte d'Ivoire et le Mali ont établi certains protocoles pour la vérification et la modification des données à différents niveaux administratifs avant leur publication. L'intégration de DHIS2 à d'autres outils techniques (p. e. portails web, système électronique de gestion des informations et tableaux de bord) a permis au Bangladesh, au Nigéria et au Zimbabwe d'identifier certaines divergences et de les corriger dans les délais prescrits.

Toutefois, les discussions avec les responsables S&E ont indiqué que les stratégies et les défis liés au contrôle qualité des données variaient selon les différences observées dans l'infrastructure du système de santé, la disponibilité des ressources et le degré de priorité accordé aux programmes PF. Par exemple, le Bangladesh axe ses efforts sur des évaluations physiques et des recoupements manuels avec les registres, tandis que le Burkina Faso recourt à un mélange de règles de validation, des vérifications dans les registres et des visites d'évaluation de la qualité des données de routine. Le Zimbabwe s'appuie sur un tableau de bord PF, connu sous l'appellation FPDataPro¹, intégré à DHIS2 avec des mesures spécifiques pour le suivi de la qualité des données, tout en conservant des réunions de vérification régulières avec le personnel au niveau des districts pour évaluer la qualité des données et remédier aux divergences constatées. Par ailleurs, la fréquence et le type des activités de suivi de la qualité des données (p. e. les visites sur le terrain, les missions de supervision et les réunions de validation des données) diffèrent apparemment entre les pays. Par exemple, le Ghana procède à des visites sur le terrain pour évaluer la qualité des données deux à quatre fois par ans, tandis que le Mali effectue ce type d'évaluation tous les six mois. Dès lors, le niveau et la forme de l'engagement des parties prenantes dans le suivi de la qualité des données diffèrent. Cet engagement va d'une implication directe du personnel des structures de santé et des responsables sanitaires des districts aux mécanismes de coordination et de rétroaction à l'échelle nationale. Par exemple, la RDC a utilisé WhatsApp pour communiquer avec les chefs de districts.

Les informateurs clés ont également reconnu divers défis dans le contrôle qualité des données à travers les pays, notamment certains problèmes liés aux technologies et à l'affectation des ressources. Au Bangladesh, certains problèmes comme le mauvais fonctionnement de l'équipement et la formation inadéquate ont affecté la saisie des données, tandis qu'en Côte d'Ivoire les erreurs sont principalement intervenues au niveau des établissements et des districts en raison d'un manque d'attention ou d'une saisie incorrecte des données. Le Zimbabwe a souligné certaines inquiétudes ayant trait à la charge de travail accrue et aux erreurs éventuelles dues à l'introduction de nouveaux formulaires de collecte de données ventilées par âge. Les pays étudiés ont, selon certaines sources, adopté des solutions pour remédier à ces problèmes propres à leur contexte, notamment un appui technique complémentaire, le développement des compétences, la mise au point de mécanismes pour vérifier la qualité des données, et la mise à l'essai d'une ventilation par âge supplémentaire.

¹FPDataPro est disponible dans le Play Store de DHIS2 sous la forme d'une application que n'importe quel pays à même d'utiliser la plateforme peut télécharger. Outre le Zimbabwe, l'Ouganda et le Népal sont également en train d'installer l'application. Pendant ce temps, la RDC s'appuie sur une version antérieure de l'application.

Utilisation des données

Une analyse thématique des EIC a suggéré le recours à diverses pratiques concernant l'utilisation des données PF de DHIS2 à travers les pays examinés. Les principales applications des données PF de DHIS2 concernent le suivi et l'évaluation, la prise de décision et la planification. À travers certains pays comme le Bangladesh, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la RDC, le Ghana, le Népal, le Nigéria et les Philippines, les données PF de DHIS2 ont joué un rôle central dans le suivi de la performance des programmes, en mettant l'accent sur l'évaluation de la prestation de services, le suivi des progrès réalisés par rapport aux objectifs PF nationaux et l'orientation des activités de planification.

Le Burkina Faso utilise les données pour suivre les objectifs et quantifier les produits PF, tandis que le Ghana s'en sert pour prévoir les besoins en produits de première nécessité et suivre les nouveaux utilisateurs de PF. De la même manière, en Côte d'Ivoire et en RDC, les données servent principalement à suivre les objectifs en matière de PF à tous les niveaux (p. e. l'utilisation des services PF parmi les adolescents et les jeunes), à guider le développement des plans de mise en œuvre chiffrés (PMC) ou à suivre la réalisation des objectifs PF, tandis qu'au Népal et aux Philippines les données sont

« Tout ce que nous faisons, c'est de créer des tableaux de bord et d'y insérer ces informations de manière à prendre des décisions. » – EIC Nigéria

« Les données PF sont principalement destinées à un usage public et sont utilisées dans le cadre des propositions budgétaires et des prévisions (en termes d'approvisionnement). » – EIC Philippines

« Toutefois, nous avons deux divisions et deux agences ici (...) C'est pour cette raison que je ne suis pas en mesure de déterminer le nombre précis de livraisons tant que je n'ai pas reçu les données de la DGPF. » – EIC Bangladesh

« Globalement, il y a deux utilisations principales. Nous avons utilisé les données de DHIS2 pour le suivi des objectifs et de la stratégie en PF au niveau national et pour déterminer les indicateurs et les progrès réalisés dans le cadre du plan de mise en œuvre chiffré. » – EIC Côte d'Ivoire

« Les données leur ont permis de vérifier les progrès accomplis par rapport à leurs objectifs nationaux (...). Ils préparent normalement leurs rapports électroniques sous la forme de présentations PowerPoint. » – EIC RDC

« Les données PF sont principalement utilisées pour (...) la prise de décisions techniques, notamment s'agissant de la modification des activités. » – EIC Mali

principalement utilisées à des fins de planification et de budgétisation à divers niveaux du gouvernement, en particulier dans le cadre des processus d'approvisionnement.

Les EIC indiquent, par ailleurs, que les données PF ont été utilisées pour amener les parties prenantes à assister à des réunions, des forums et des ateliers, et à travers des rapports et des notes de synthèse diffusés auprès des acteurs et des décideurs politiques, notamment les responsables gouvernementaux, les organisations non gouvernementales (ONG) et les bailleurs de fonds. Cet engagement a apparemment eu lieu à différents niveaux, aussi bien à l'échelle locale que nationale. Le Forum PF au Zimbabwe, qui se tient chaque trimestre, constitue un exemple de plateforme où les données PF de DHIS2 sont utilisées pour examiner le niveau de performance des

programmes et prendre certaines décisions stratégiques. De la même manière, les réunions bimensuelles du sous-comité rattaché à la PF au Népal, où sont présentés les résultats des analyses des données PF de routine, ont été mises en avant comme une approche clé favorisant le dialogue entre les agences gouvernementales, les ONG, les bailleurs de fonds et le secteur privé dans la gestion des initiatives PF.

Les données PF sont généralement analysées et présentées aux décideurs politiques et aux parties prenantes à travers différents formats, notamment des tableaux, des graphiques, des présentations PowerPoint et des rapports descriptifs pour faciliter leur interprétation et discuter des tendances des données, tout en prenant des décisions éclairées. Par exemple, la RDC, le Mali, le Népal et le Zimbabwe ont utilisé des présentations PowerPoint pour engager un dialogue fondé sur des données probantes et faciliter la planification des examens annuels, des ateliers de consensus et des réunions des parties prenantes. De leur côté, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Ghana et les Philippines ont présenté les résultats de l'analyse des données PF aux intervenants à travers des rapports descriptifs ou des fiches récapitulatives des indicateurs de routine.

Toutefois, l'utilisation des données PF de DHIS2 présentait certaines difficultés. Par exemple, le Bangladesh a fait part de certains défis liés à l'utilisation complète des données PF et à leur partage, en raison de l'existence d'un système de gestion de l'information sanitaire divergent (p. e. la Direction générale de la planification familiale ou DGPF par rapport à la Direction générale des services de santé ou DGSS).

Données PF de DHIS2 : Ventilation par âge

Paramètres de la ventilation par âge à travers les pays

Les résultats de l'examen des formulaires de collecte de données PF de DHIS2 et des EIC avec les responsables S&E ont brossé un tableau contrasté des pratiques de ventilation par âge dans ce domaine à travers les pays examinés, parmi lesquels les catégories d'âge allaient de segments exhaustifs à des tranches simplifiées. Les flux de données DHIS2 des pays inclus dans l'évaluation figurent en annexe. L'examen des formulaires de données et des résultats des EIC a souligné une reconnaissance commune de l'importance des données ventilées par âge en matière de suivi et de planification des programmes et des politiques en PF. Hormis le Bangladesh, les pays étudiés ont intégré un certain degré de ventilation par âge dans leurs données PF sur DHIS2. La pratique de ventilation par âge de ces pays entraine dans une des trois catégories suivantes : exhaustive, allant de six à neuf groupes d'âge ; modérée, allant de trois à quatre groupes d'âge ; ou minimale, avec deux groupes d'âge. De manière plus spécifique, la ventilation utilisée par le Nigéria qui comprenait neuf groupes d'âge distincts (allant des 10-14 ans au ≥ 50 ans) est apparue comme la plus exhaustive parmi les pays examinés, tandis que le Ghana optait pour un système comprenant six groupes d'âge (allant des 10-14 ans à ≥ 35 ans). La Côte d'Ivoire, le Burkina Faso et le Zimbabwe recourent à une segmentation modérément détaillée, comprenant de trois à quatre groupes d'âge (de < 15 to ≥ 25 ans). En revanche, la RDC, le Mali, le Népal et les Philippines ont adopté un système simplifié à deux catégories avec diverses spécifications (de < 20 à ≥ 20 ans pour la RDC et le Népal, ≤ 24 to ≥ 25 ans pour le Mali, et de 15 à 19 ans et 20 à 49 ans pour les Philippines). La Figure 3 présente en détail les structures de ventilation par âge, par indicateur PF et par pays.

Figure 3. Ventilation par âge des données PF de DHIS2 par indicateur, par pays

Pays	Nouveaux utilisateurs PF									Utilisateurs PF actuels									
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	≥50	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	≥50	
Nigéria										10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	≥50	
Ghana	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	≥35				10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	≥35				
Zimbabwe	<16	16-24	≥25							<16	16-24	≥25							
Burkina Faso	≤19	20-24	≥25																
Côte d'Ivoire	<15	15-19	20-24	≥25															
Mali	≤24		≥25							≤24	≥25								
Népal	<20	≥20							<20	≥20									
RDC	<20	≥20																	
Philippines		15-19	20-49							15-19	20-49								
Bangladesh																			

Par ailleurs, certaines différences significatives ont été observées dans la spécification et l'application des pratiques de ventilation par âge parmi les pays examinés. Nous avons notamment relevé des divergences dans la manière dont les répartitions par âge étaient appliquées à des indicateurs spécifiques ou à l'ensemble des indicateurs PF à travers les pays. Le Bangladesh, par exemple, n'incorpore pas de segmentation par âge pour ses indicateurs relatifs aux données PF de DHIS2. En revanche, d'autres pays étudiés adoptent un mélange d'indicateurs PF ventilés et non ventilés. Il a été rapporté que l'application sélective de la ventilation par âge à certains indicateurs PF plutôt que sur l'ensemble des indicateurs était influencée par les priorités des programmes PF et la capacité du système à gérer la collecte de données de manière efficace. Certains pays, comme le Ghana, le Mali, le Népal, les Philippines et le Zimbabwe, instaurent une segmentation par âge à la fois pour les « Nouveaux utilisateurs de PF » et les « Utilisateurs de PF actuels », tandis que le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la RDC et le Nigéria incorporent des pratiques de répartition par âge pour un seul de ces indicateurs clés. Globalement, un nombre plus important de pays observés instaurent une ventilation par âge pour l'indicateur relatif aux « Nouveaux utilisateurs de PF » par rapport aux indicateurs concernant les « Utilisateurs de PF actuels » ou les « Utilisateurs de PF déjà répertoriés ». Sur les dix pays étudiés, huit ont appliqué une segmentation par âge au premier indicateur, contre six uniquement pour le dernier.

Malgré certaines différences dans la sélection et l'application des groupes d'âge, nous avons observé une approche résolument axée sur les adolescents et les jeunes dans les pratiques de ventilation par âge à travers les différents pays. L'attention particulière portée à ce domaine était manifeste à travers l'inclusion de catégories d'âge spécifiques ciblant cette tranche démographique, généralement définie comme les

« [Ces catégories d'âge servent à] répondre aux besoins du programme pour mettre en avant les adolescents et les jeunes dans les données portant sur "les utilisateurs de PF". On note beaucoup de grossesses non souhaitées parmi les adolescents et les jeunes. Et au cours des dernières années, l'accent a été mis sur l'offre de méthodes à ces groupes. » – EIC Burkina Faso

« (...) nous avons décidé de sélectionner ces groupes d'âge car nous avons un grand nombre d'interventions spécifiques à l'échelle nationale qui ciblent les adolescents. Nous disposons de programmes très solides en matière de développement et de santé des adolescents et nos politiques permettent à cette frange de la population d'avoir accès à la planification familiale (...) Dès lors, nous essayons de suivre l'évolution de ces groupes. » – EIC Ghana

personnes de moins de 25 ans. Hormis le Bangladesh, tous les pays étudiés instaurent des groupes d'âge de moins de 25 ans pour leurs données PF sur DHIS2. En outre, certains pays ont adapté leur mode de ventilation par âge pour se focaliser sur certains sous-groupes spécifiques au sein des populations de jeunes et d'adolescents. Par exemple, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Nigéria et le Zimbabwe ont adopté des catégories détaillées qui comprennent à la fois le début et la fin de l'adolescence et les jeunes (c.-à-d. les 10-14 ans ou les moins de 15 ou 16 ans, les 15-19 ans et les 20-24 ans). De leur côté, les Philippines et le Zimbabwe ont restreint les tranches d'âge spécifiques pour ce groupe démographique utilisé à des fins de ventilation (c.-à-d. respectivement 15-25 ans et 15-19 ans). En revanche, la RDC, le Népal et le Mali ont combiné les populations jeunes et adolescentes en simplifiant respectivement la segmentation par âge en < 20 et ≥ 20 ans et ≤ 24 et ≥ 25 ans.

Résultats des EIC sur les approches en matière de ventilation par âge

Les entretiens avec les informateurs clés ont révélé

plusieurs facteurs décisifs guidant l'application et la sélection des approches de ventilation par âge parmi les pays étudiés. Ces facteurs découlent principalement des normes sociales de chaque pays, des contextes rencontrés et des priorités fixées en matière de santé publique (notamment les groupes démographiques ciblés par les programmes PF), les cadres juridiques, les considérations méthodologiques, les capacités en termes de ressources et de collecte de données et les configurations des systèmes de gestion des données.

Le Bangladesh représente un cas unique et n'instaure pas de ventilation par âge pour les données PF dans le système DHIS2. Néanmoins, le pays s'appuie sur d'autres systèmes de rapport pour des données démographiques détaillées, tels que l'e-SGI et le système de gestion des informations logistiques (SGIL).² Au Népal, la segmentation par âge des données PF est structurée selon l'âge légal du mariage, qui a abouti à la création de catégories d'âge sur la base de l'état civil et de certaines considérations juridiques. De manière spécifique, le pays se focalise sur les catégories < 20 et ≥ 20 ans pour différencier les femmes mariées des femmes non mariées. Au Mali, aux Philippines et au Zimbabwe, le raisonnement derrière la

²L'e-SGI du Bangladesh est une plateforme électronique conçue pour améliorer la prestation de services de santé publique en capturant des données exhaustives, notamment des informations relatives aux patients, des indicateurs de performance liés à la prestation des services, et des détails concernant la chaîne d'approvisionnement, les ressources humaines et la gestion financière. Le système répertorie des données par âge, essentiellement pour adapter les services de santé et les politiques dans certains domaines comme la santé maternelle et infantile, la surveillance des maladies et les programmes de nutrition.

ventilation par âge est directement lié aux objectifs en matière de santé maternelle, dans la mesure où les catégories d'âge sont déterminées par les risques de vulnérabilité et de mortalité maternelle associés à certains groupes d'âge spécifique (notamment les adolescents, les jeunes adultes et les femmes en âge de procréer).

Un des facteurs communs guidant cette approche parmi plusieurs pays était le ciblage stratégique des adolescents et des jeunes adultes dans la collecte de données PF. Cette attention particulière découle de la reconnaissance des forts taux de grossesses non souhaitées parmi ces groupes d'âge, qui ont amené les autorités sanitaires nationales à adapter leurs programmes et interventions en matière de PF. De manière spécifique, la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Nigéria ont adopté des catégories d'âge détaillées pour leurs données PF sur DHIS2 afin d'appuyer les programmes en matière de développement et de santé des adolescents. De plus, la RDC et le Népal ont employé une ventilation par âge uniquement axée sur les jeunes (< 20 ans et ≥ 20 ans) pour aligner leur collecte de données PF sur les priorités nationales relatives à la santé des adolescents et des jeunes. Ce groupe d'âge combiné pour les adolescents et les jeunes de moins de 20 ans a pour but de remédier à certains problèmes liés à la faiblesse et aux rapports imprécis des nombres concernant les tranches d'âge plus jeunes. Pendant ce temps, le Burkina Faso et le Zimbabwe ont structuré leurs catégories d'âge de la manière suivante : ≤ 19, 20-24, ≥ 25 ans, et < 16, 16-24, ≥ 25 ans, respectivement. De la même manière, cette structure avait pour but de mettre en avant les jeunes, tout en s'attaquant spécifiquement aux problèmes liés aux faibles nombres d'adolescents rapportés.

Par ailleurs, certaines considérations méthodologiques ont grandement influencé la sélection et l'application des paramètres de la ventilation par âge. Plusieurs pays ont indiqué avoir ajusté leurs stratégies de collecte de données pour équilibrer les détails des données avec les réalités de leur collecte et de leur gestion à l'intérieur de leurs systèmes de santé. Certains pays comme le Burkina Faso et la RDC ont simplifié et réduit le nombre de catégories de ventilation par âge pour diminuer la complexité et l'inefficacité de la collecte de données et pour accroître la précision des rapports, tout en garantissant une couverture suffisante des groupes démographiques ciblés. De la même manière, la décision prise en Côte d'Ivoire de ne recueillir que des données ventilées par âge pour l'indicateur relatif aux « Nouveaux utilisateurs de PF » a suscité certaines

« Nous avons décidé de ventiler les groupes d'âge de manière à avoir les moins de 14 ans, puis les 15 à 19 ans, les 20 à 24, les 25 à 49 et 50 ans et plus. Ainsi, nous tentons de capturer tous les adolescents et les femmes en âge de procréer de 25 à 49 ans. » – EIC Zimbabwe

« La raison pour laquelle nous n'avons appliqué la ventilation par âge qu'aux données concernant les "nouveaux utilisateurs" est liée à la charge de travail. Nous avons mis à l'essai la ventilation par âge pour l'ensemble des indicateurs PF et cela engendrait trop de travail pour les prestataires. Mais durant les révisions ultérieures des outils, nous allons expérimenter en appliquant cette ventilation aux "nouveaux utilisateurs de PF" et aux "utilisateurs de PF déjà répertoriés". Nous sommes, ainsi, sur un cycle de révision quinquennal. La dernière a eu lieu il y a deux ans. Et il s'agit d'un cycle établi durant lequel nous prenons des notes, testons les formulaires et vérifions les changements opérés dans la méthodologie. » – EIC Côte d'Ivoire

inquiétudes quant à la lourde charge de travail incombant au personnel des structures de santé, comme le prouvent les résultats d'une mise à l'essai visant à appliquer une répartition par âge pour tous les indicateurs. Pour le même indicateur, le Népal a exclu la ventilation par âge pour les nouveaux utilisateurs de PF de sexe masculin en raison des méthodes contraceptives spécifiques principalement destinées aux femmes (c.-à-d. les injectables, les implants et les DIU).

Nos discussions avec les responsables S&E ont également mis en avant le fait que plusieurs pays étaient à différents stades de révision et d'amélioration de leurs pratiques de ventilation par âge pour répondre plus efficacement à leurs besoins programmatiques et à leurs objectifs politiques en matière de PF. Le Nigéria a mené à bien sa mise à jour du formulaire de collecte de données DHIS2 2013 et est parvenu à lancer un formulaire révisé en 2019 ayant adopté une ventilation par âge élargie pour l'indicateur relatif aux « Utilisateurs de PF actuels ». Le Bangladesh était en train d'intégrer ses systèmes verticaux de gestion des données, notamment les statistiques de services PF au niveau des sous-districts, l'e-SGI et le SGIL, sous un seul système de gestion des informations (SGI) national pour la PF, dans le but de créer un système DHIS2 dédié à la PF. De son côté, la RDC a récemment révisé et actualisé son formulaire de collecte de données pour DHIS2 en incluant une ventilation par âge plus détaillée (10-14, 15-19, 20-24, et ≥ 25 ans), qui fait actuellement l'objet d'une mise à l'essai. De la même manière, le Zimbabwe a mis à l'essai son approche et déploie actuellement son formulaire actualisé de collecte de données DHIS2, qui introduira également des répartitions supplémentaires pour le groupe des ≥ 25 ans (25-49 ans et ≥ 50 ans). Cette révision a été guidée par la nécessité de capturer des données sur l'utilisation des méthodes contraceptives parmi les populations plus âgées et de répondre à certaines considérations juridiques entourant l'âge de consentement à l'échelle nationale. Le but global de ce processus était de remédier aux limitations dans les pratiques de ventilation actuelles et de mieux comprendre les besoins PF à travers différents groupes d'âge. Par ailleurs, le Ghana et la Côte d'Ivoire ont indiqué l'existence de cycles d'examen périodiques des formulaires de données DHIS2 dans le cadre de leur stratégie visant à promouvoir en continu les méthodologies de collecte de données PF de routine. Ces cycles avaient pour but de faciliter certains ajustements sur la base des besoins programmatiques et des objectifs politiques pour veiller à ce que le cadre de collecte de données demeure aligné sur le paysage de la PF dans chaque pays.

Calculer la distribution des méthodes PF par groupe d'âge

L'analyse des EIC avec les responsables S&E a révélé que la structure des systèmes DHIS2 à travers les pays variait dans leur capacité à autoriser le calcul de la distribution des méthodes PF par groupe d'âge. De manière spécifique, les variations étaient dues à la structure, à la configuration et à la fonctionnalité des systèmes DHIS2 dans leur état actuel et ne reflétaient pas nécessairement la capacité d'ensemble des systèmes S&E nationaux ou de leur personnel à effectuer ces calculs. Le Tableau 1 résume l'état actuel des fonctionnalités de chaque pays, tel que déterminé par les configurations présentes de son système DHIS2 pour calculer la distribution de méthodes PF par groupe d'âge à l'aide des données PF de DHIS2.

Parmi les pays examinés, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Ghana et les Philippines ont démontré leur capacité à calculer l'usage des méthodes PF à travers des groupes d'âge spécifiques à l'aide des données DHIS2 de routine. Le Ghana et les Philippines peuvent calculer et suivre la distribution de méthodes PF par groupe d'âge, à la fois pour les nouveaux utilisateurs et les utilisateurs actuels, tandis que le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire peuvent procéder à ces calculs uniquement pour l'indicateur concernant les « Nouveaux utilisateurs de PF ».

Le Zimbabwe est capable de ventiler les données par âge pour les consultations PF. Néanmoins, il n'applique pas la même segmentation à la distribution des méthodes PF.

Malgré l'application des répartitions par âge dans certains éléments de leurs données PF sur DHIS2, les responsables S&E de la RDC, du Mali et du Népal ont fait part de certaines limites quant à leur capacité à ventiler la distribution des méthodes PF par âge. De la même manière, au Bangladesh, le système ne permet pas, à l'heure actuelle, de calculer la distribution des méthodes PF par groupe d'âge en raison de l'exclusion de cette ventilation par âge pour les données PF de DHIS2.

D4I n'a pas été en mesure de confirmer le statut du Nigéria dans la mesure où l'informateur clé n'était pas certain que la structure des données PF de DHIS2 dans le pays permette ce type de calcul.

Limites éventuelles des approches actuelles en matière de ventilation par âge

Les entretiens avec les responsables S&E ont indiqué que les approches de ventilation par âge existantes au sein du système DHIS2 pouvaient poser certains problèmes en termes d'analyse des données PF, indépendamment du fait que le pays dispose ou non d'un nombre exhaustif, modéré ou minimal de groupes d'âge. Ces agents S&E ont fait part de leurs inquiétudes quant à la capacité de la ventilation par âge actuelle de générer des connaissances

Tableau 1. Résumé des niveaux de fonctionnalité à l'intérieur du système DHIS2 existant à travers les pays pour calculer la distribution des méthodes PF par groupe d'âge

Pays	La distribution des méthodes PF peut-elle être calculée par groupe d'âge ?
Bangladesh	Non
Burkina Faso	Oui
Côte d'Ivoire	Oui (« Nouveaux utilisateurs » uniquement)
RDC	Non
Ghana	Oui
Mali	Non
Népal	Non
Nigéria	Pas en mesure de confirmer
Philippines	Oui
Zimbabwe	Non

« Nous éprouvons des difficultés dans le fait d'avoir uniquement les "nouveaux utilisateurs" listés. Tout ce que nous savons actuellement a trait au nombre de femmes venant pour la première fois. Du coup, cela ne comptabilise pas les femmes qui reviennent, celles qui ont fait une pause ou celles qui ont changé de méthode, entre autres. Cela est particulièrement important pour les jeunes dans la mesure où ils constituent une priorité pour nous. » – EIC RDC

« La ventilation par âge pour le système électronique de gestion des informations logistiques n'est pas finalisée, ce qui nous empêche d'établir des distinctions dans la consommation ou la distribution de produits par groupes d'âge. » – EIC Mali

utiles, de concevoir des interventions pour des groupes d'âge spécifiques et d'appuyer la prise de décisions éclairées dans le cadre de programmes PF.

Limites de cette analyse : Les pratiques actuelles en matière de ventilation par âge au sein des données PF de DHIS2 peuvent limiter ce qu'il est possible d'analyser. Par exemple, la ventilation de données par âge dans certaines catégories élargies (c.-à-d. < 19 ans), comme cela a été observé au Burkina Faso, a estompé la distinction entre les adolescents plus jeunes (10-14 ans) et les plus âgés (15-19 ans). Bien que ces données soient parfois exigées par le Département chargé de la santé des adolescents, l'absence des données n'a pas tellement été perçue comme un problème, en particulier dans la mesure où certaines données d'observation complémentaires pouvaient parfois être recueillies.

L'incapacité à ventiler les données selon des groupes d'âge spécifique peut restreindre la capacité à réaliser des analyses détaillées nécessaires pour orienter certaines démarches et prendre des décisions éclairées dans le cadre de programmes PF. Ce défi a été rencontré au Mali, où l'absence de ventilation par âge dans le SGIL électronique a empêché une véritable compréhension de la consommation des produits PF ou de leur distribution à travers différents groupes d'âge. Par conséquent, ces limites ont gravement nui à l'analyse des tendances et au suivi efficace des orientations stratégiques fixées et mises en œuvre dans le cadre de programmes PF à travers divers groupes d'âge.

Parfois, la qualité des données relatives à l'âge était présentée comme une limitation sur le plan de l'analyse. Les EIC menés au Ghana et au Zimbabwe ont relevé certains défis dès lors qu'il s'agissait de

« Si nous n'avions pas de ventilation par âge, nous aurions du mal à savoir quelle méthode est davantage acceptée à chaque âge et à prévoir la disponibilité de celles-ci dans le cadre de la prestation de services (...) Dès lors, pour éviter l'interruption des services, la ventilation par âge est indispensable. Autrement, il serait difficile d'assurer le bon fonctionnement des services PF. » – EIC Bangladesh

« Il existe certaines limites car les 10–14 ans et les 15–19 ans sont regroupés dans la catégorie des moins de 19 ans. Cela ne nous permet pas d'affiner notre analyse pour le groupe des adolescents et des jeunes et de mieux guider nos démarches. » – EIC Burkina Faso

capturer avec exactitude des données PF pour des personnes âgées de moins de 14 ans. Dans ces pays, les prestataires de services ont rencontré des difficultés pour vérifier l'âge des clients dans ce groupe d'âge. Les responsables S&E ont également indiqué que les jeunes clients pouvaient mentir sur leur âge pour accéder à certains services PF sans le consentement de leur parent, ce qui nuisait davantage à la fiabilité des données.

Limites à la génération de connaissances utiles : La structure et le ciblage des données sur l'âge peuvent grandement impacter la capacité à générer des observations exploitables à partir des données PF.

Au Bangladesh, l'absence de données PF ventilées par âge a été présentée comme un obstacle essentiel à la compréhension des préférences en matière de méthodes contraceptives parmi les différents groupes d'âge. Cette limitation a entravé les efforts entrepris pour veiller à la disponibilité et à l'approvisionnement

continu des méthodes contraceptives ayant la préférence des clients, affectant ainsi la prestation de services PF et la gestion de la logistique pour les produits PF de première nécessité.

Au Népal, bien que la segmentation par âge ait été appliquée à tous les indicateurs PF, le responsable S&E a mis en avant la difficulté de calculer certains indicateurs spécifiques pour les adolescents en raison des catégories d'âge élargies (< 20 et ≥ 20 ans). De la même manière, au Zimbabwe, une des principales limitations constatées était le regroupement actuel des adolescents et des jeunes dans la même fourchette d'âge des 16-24 ans, qui comprenait aussi bien des mineurs que des adultes. Cela pose plusieurs problèmes dans la mesure où les restrictions juridiques peuvent entraver l'accès aux contraceptifs pour les personnes de moins de 18 ans. Par ailleurs, étant donné que l'âge de consentement pour l'activité sexuelle est fixé à 18 ans, cela complique cette catégorisation car les individus âgés de 18 à 24 ans peuvent accéder plus facilement aux services PF que les personnes âgées de 16 à 17 ans.

Limites du système : Bien que tous les défis n'aient pas été seulement associés à la ventilation par âge, les agents S&E ont noté que différentes structures systémiques et approches de ventilation par âge pouvaient engendrer des difficultés sur le plan technique et opérationnel et en matière de données. Au Népal (avec seulement deux catégories d'âge), certains problèmes techniques comme l'absence de visualisation et d'intégration dynamiques des données entre la plateforme DHIS2 et d'autres systèmes a sérieusement entravé l'efficacité de l'analyse des données. Les responsables S&E au Bangladesh, en Côte d'Ivoire, au Népal, aux Philippines et au Zimbabwe ont affirmé que certains problèmes d'ordre technique et opérationnel, comme les difficultés d'intégration des systèmes, l'instabilité de la connexion à l'Internet, le mauvais fonctionnement de l'équipement, la charge de travail supplémentaire pour le personnel des structures de santé et la qualité des rapports de données, ont rendu difficiles la collecte, l'utilisation et la gestion des données PF au sein du système DHIS2. Par exemple, en Côte d'Ivoire, « la faiblesse et l'instabilité de la connexion à l'Internet », combinées au processus formel de demande de données, ont été citées comme des obstacles majeurs à l'accès aux données DHIS2 à tous les niveaux. Le responsable S&E du Népal a souligné les problèmes rencontrés dans l'intégration des données à partir de sources diverses, notamment les pharmacies privées, qui ont été des distributeurs de contraceptifs de premier plan auprès des adolescents mais qui souvent ne soumettent pas de rapport au système DHIS2. Aux Philippines, bien que la ventilation par âge actuelle offre certains avantages dès lors qu'il s'agit d'identifier les lacunes et les méthodes PF insuffisamment utilisées parmi les adolescents, plusieurs problèmes ont été cités quand il s'agit de veiller à la qualité des données et à la soumission des rapports. Au Zimbabwe, l'agent S&E a fait part de son inquiétude concernant l'augmentation anticipée de la charge de travail et des erreurs éventuelles occasionnées par l'introduction prochaine de formulaires révisés et plus détaillés de collecte de données ventilées par âge.

Limites supplémentaires liées à la structure des données

Au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et en RDC, bien que la ventilation par âge soit adoptée pour l'indicateur relatif aux « Nouveaux utilisateurs de PF », son application demeure limitée aux « Utilisateurs de PF actuels » ou à celui pour les « Utilisateurs de PF déjà répertoriés ». Les utilisateurs des données PF de DHIS2 ont souligné que cette limite avait empêché de suivre les utilisateurs actuels ou déjà répertoriés au sein

des mêmes tranches d'âge, limitant ainsi les observations concernant les méthodes PF préférentielles et l'utilisation des services au sein de ces groupes d'utilisateurs, en particulier dès lors qu'il s'agit de comprendre les comportements des adolescents et des jeunes (comme cela a été mentionné en RDC).

En outre, certains défis liés aux données PF ventilées par sexe pour les adolescents et les jeunes ont également été rapportés, avec des inquiétudes notables concernant les disparités hommes-femmes dans la collecte et l'analyse des données. Par exemple, au Bangladesh, l'accent mis sur les adolescentes par rapport à leurs homologues masculins dans la collecte de données a été considéré comme un facteur clé ayant nui aux observations concernant les besoins PF des adolescents et jeunes de sexe masculin et ayant en fin de compte affecté la prestation des services et les stratégies d'intervention de manière globale.

Enfin, il a été déterminé que l'âge seul était un indicateur indirect insuffisant pour déterminer l'état civil. Le Ghana a remédié à cette situation en incorporant un indicateur « état civil » dans sa collecte de données pour mieux comprendre les besoins en PF des adolescents mariés par rapport à ceux ne l'étant pas et pour adapter ses interventions de manière plus efficace. Cette adaptation souligne l'importance des hypothèses relatives aux données et indique certaines insuffisances éventuelles dans le fait de ne capturer que l'âge comme variable démographique.

Qu'ont préconisé les responsables S&E ?

D4I a cherché à obtenir des recommandations de la part des responsables S&E pour améliorer les protocoles de collecte de données PF de DHIS2, en mettant particulièrement l'accent sur la ventilation par âge. Tout en reconnaissant la nécessité d'équilibrer les efforts de collecte de données avec la capacité du personnel des structures de santé, les informateurs clés ont suggéré d'ajouter ou de réviser certains détails spécifiques qu'ils jugent nécessaires au développement et à la mise en œuvre efficaces des programmes et politiques en matière de PF. Ci-après figurent les aspects essentiels de leurs recommandations :

- ***Nécessité d'une ventilation par âge plus spécifique*** : Plusieurs responsables S&E ont proposé d'inclure un plus grand nombre de catégories d'âge spécifique pour mieux capturer les données pertinentes à différents groupes démographiques.
 - Les informateurs clés au Bangladesh, en Côte d'Ivoire, au Mali et au Népal ont insisté sur la nécessité de répartitions par âge supplémentaires pour faciliter le suivi des interventions et des programmes PF destinés aux adolescents et aux jeunes. Partant du même principe, l'informateur originaire du Bangladesh a plaidé pour une adhérence aux catégories d'âge sur cinq ans de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à des fins d'analyse démographique, en commençant par les catégories d'âge légal pour le mariage (p. e. 18 ans pour les filles et 21 ans pour les garçons), tandis que l'informateur au Mali suggérerait de démarrer la segmentation par âge à 10 ans ou lieu de 15 comme c'est le cas actuellement (15-24 et ≥ 25). De la même manière, notre informateur au Zimbabwe a réaffirmé la nécessité de procéder à une ventilation élargie parmi la tranche d'âge des 15-19 ans pour répondre à des besoins divers, en raison des restrictions diverses entourant l'âge légal concernant la collecte de données et la prestation de services PF à ce groupe.

- L'informateur clé originaire du Ghana a suggéré une ventilation supplémentaire à travers une sous-division de la catégorie d'âge des ≥ 35 ans en fourchettes plus restreintes, notamment les 35-49 et ≥ 50 ans. Cette personne pensait que la segmentation actuelle regroupait un groupe trop varié d'individus âgés de 35 ans et plus. Une ventilation supplémentaire de cette catégorie permettrait de recueillir des données plus détaillées et de mieux comprendre l'utilisation de la PF à travers les différents groupes d'âge, notamment les femmes péri-ménopausées. Cette démarche contribuerait au développement et à la mise en œuvre des interventions et des politiques ciblées.
- L'informateur clé originaire des Philippines n'a pas proposé d'ajouter de répartitions par âge aux données PF de DHIS2. Néanmoins, cette personne a plaidé pour une révision et un ajustement des tranches d'âge existantes. Cette suggestion implique de ventiler les groupes d'âge en ≤ 20 et 21-49 ans au lieu des catégories 15-19 et 20-49 ans existantes.
- **Amélioration des éléments de données et des composantes des systèmes :**
 - *Éléments de données* : Les recommandations spécifiques concernant l'amélioration ou l'ajout des éléments de données et des composantes des systèmes variaient selon les pays. Les responsables S&E établis en Côte d'Ivoire, aux Philippines et au Zimbabwe ont encouragé l'inclusion des informations relatives à la « PF du post-partum » et à la « dimension de genre » dans les formulaires de données. L'informateur ghanéen a proposé d'améliorer le cadre PF de DHIS2 à l'aide d'éléments de données axés sur « l'arrêt » ou « le retrait » des méthodes, tandis que son homologue en RDC a suggéré d'étendre l'application de la ventilation par âge à d'autres indicateurs PF, en particulier ceux ciblant les adolescents et les jeunes. De manière similaire, le responsable S&E de Côte d'Ivoire envisage la mise à l'essai d'une segmentation par âge pour tous les indicateurs PF existants lors du prochain cycle de révision de son formulaire de données DHIS2. L'informateur établi au Nigéria a souligné la nécessité d'aligner certains éléments de données PF de DHIS2 sur les priorités programmatiques et les Objectifs de développement durable (ODD).
 - *Composantes des systèmes* : Notre informateur au Népal a réaffirmé l'importance d'intégrer les outils de visualisation des données à la plateforme DHIS2 pour faciliter la prise de décision à tous les niveaux. De plus, l'informateur ghanéen a insisté sur la préférence accordée à la numérisation des dossiers afin de minimiser les erreurs et d'améliorer la performance, indiquant un regain d'intérêt dans l'exploitation des technologies pour mieux gérer les données. L'informateur malien a suggéré l'adoption des pratiques exemplaires issues des outils Track20 pour la mise en œuvre de la ventilation par âge des données PF de DHIS2.
- **Intégration des données PF à d'autres services de santé** : Les informateurs clés en Côte d'Ivoire et au Zimbabwe ont recommandé l'intégration des données PF aux autres services de santé (c.-à-d. PF du post-partum, VIH-SIDA et dépistage du cancer) pour avoir une vision plus complète des besoins sanitaires.

- **Formation et appui pour le personnel responsable de la saisie des données** : Les informateurs clés au Bangladesh et au Ghana ont mis en avant l'importance de la formation du personnel de saisie pour veiller à l'exactitude et à la protection des données.

Conclusion

Les résultats de l'évaluation suggèrent une variabilité importante dans les pratiques de ventilation par âge actuelles des données PF au sein des systèmes DHIS2 à travers de nombreux pays. Ce degré de variabilité reflète les différences dans les priorités des programmes et politiques PF, les capacités en matière de collecte de données et les considérations méthodologiques uniques à chaque pays. Par exemple, la ventilation par âge élargie mise en œuvre au Nigéria et au Ghana contraste avec la segmentation par âge minimale observée en RDC, au Mali, au Népal et aux Philippines. D'ailleurs, les résultats pointent vers différentes stratégies pour répondre aux besoins programmatiques et réaliser les objectifs fixés en termes de politiques. En outre, l'accent mis sur les données ventilées par âge pour les adolescents et les jeunes à travers la plupart des pays implique une reconnaissance mondiale des besoins uniques en PF au sein de cette tranche démographique, bien que le niveau de détail et les approches de ventilation varient grandement d'un pays à l'autre.

Les entretiens menés auprès des responsables S&E ont révélé que le choix en matière de ventilation par âge influençait énormément la conception et la mise en œuvre des programmes PF. Une ventilation par âge détaillée, comme celle observée au Nigéria et au Ghana, permet des interventions ciblées, en particulier auprès de certains groupes à haut risque comme les adolescents et les jeunes. Au contraire, l'absence de données spécifiques à l'âge dans certains pays comme le Bangladesh entrave le développement de stratégies PF et l'affectation des ressources en fonction de l'âge des individus et peut aboutir à des occasions manquées dès lors qu'il s'agit d'optimiser la prestation de services PF.

Par ailleurs, les résultats de l'évaluation mettent en avant la nécessité d'un dialogue et d'un apprentissage continu pour améliorer les systèmes de collecte de données PF. Alors que certains problèmes ont été identifiés concernant la qualité des données, l'intégration numérique et le développement des compétences à divers niveaux, ces aspects doivent être perçus comme des opportunités permettant de mieux comprendre le paysage actuel et de promouvoir des améliorations continues. Au lieu de proposer des solutions spécifiques, cette évaluation sert de point de départ pour que les pays initient davantage de discussions, de réflexions et de perspectives d'apprentissage commun pour remédier à la complexité de la collecte de données de haute qualité, notamment s'agissant de la ventilation par âge.

Les prochaines étapes doivent être axées sur un dialogue, un apprentissage et une réflexion en continu, tout en se focalisant sur la meilleure manière de surmonter les obstacles rencontrés. En créant un environnement de discussion et de collaboration ouvert, les pays peuvent œuvrer ensemble pour explorer certaines approches pratiques spécifiques au contexte qui sont alignées à la fois sur les priorités mondiales et locales, pour en fin de compte améliorer la qualité des données et favoriser leur utilisation dans le cadre de programmes PF.

Sur la base de ces observations, D4I fait part des suggestions suivantes afin d'améliorer les pratiques de ventilation par âge pour les données PF de DHIS2 :

- **Adopter des approches équilibrées, adaptables et guidées par le contexte tout en restant aligné sur les efforts mondiaux et les besoins locaux dans le but d'améliorer les systèmes :** En reconnaissant la grande diversité des pratiques de ventilation par âge, il est essentiel d'équilibrer les efforts mondiaux et les besoins locaux afin de recourir à des pratiques efficaces et applicables en matière de collecte de données qui permettent de suivre et de comparer les progrès réalisés au fil du temps.

La cadre d'Action mondiale pour évaluer la santé de l'adolescent (GAMA) recommande de ventiler les données par âge en utilisant des catégories réparties sur cinq années afin d'appuyer la collecte de données universelles sur les adolescents et les jeunes.¹² Toutefois, il n'existe pas de consensus à l'heure actuelle sur les pratiques de ventilation par âge, principalement en raison d'études divergentes, de perceptions variées quant à son importance et de l'absence de directives claires sur sa mise en œuvre d'un point de vue pratique. Par exemple, alors que les directives actuelles sur la prestation de services PF du post-partum et après avortement suggèrent une ventilation des < 20 ans et ≥ 20 ans, celles-ci ne sont pas alignées sur les recommandations GAMA.^{13,14} Cela souligne la nécessité de recourir à des directives et des recommandations plus claires quant à la manière de mettre en œuvre la ventilation par âge de manière efficace, en veillant à ce qu'elle soit alignée sur les pratiques exemplaires appliquées à l'échelle mondiale, tout en considérant les réalités locales.

- **Développer des systèmes de collecte de données adaptables :** Une ventilation par âge détaillée peut améliorer l'utilisation des données PF et orienter les décisions prises sur le plan programmatique. Les investissements doivent être focalisés sur la mise au point d'interfaces de collecte de données adaptables et simples d'utilisation et adopter des solutions numériques convenant aux contextes et aux capacités rencontrés au niveau local. Comme pour toutes les formes de données, cela inclut la mise en œuvre de dispositifs de validation et la création de processus solides de contrôle qualité pour veiller à la fiabilité des données ventilées par âge. De plus, il est essentiel de dispenser des formations et une assistance techniques ciblées au personnel responsable des données pour garantir l'exactitude des renseignements recueillis et veiller à la qualité des données, notamment les données ventilées par âge. Ces améliorations doivent avoir pour but d'équilibrer les bienfaits des données détaillées avec la capacité du système à gérer efficacement leur complexité, sans partir du principe que la ventilation par âge engendre de manière inhérente un risque plus élevé d'erreurs dans les données que d'autres pratiques de collecte.
- **Envisager le développement d'une feuille de route pour la communauté mondiale pour parvenir à des données ventilées par âge standardisées :** En réponse aux efforts mondiaux entrepris dans le but de standardiser la collecte de données ventilées par âge, les pays ont appelé à collaborer pour mettre au point une vision stratégique et à long terme pour la ventilation par âge favorisant l'harmonisation, la comparabilité et l'utilisation des données PF au niveau national et entre les pays. Cette vision doit être guidée par une feuille de route souple décrivant une série d'étapes à la fois visionnaires et

pragmatiques pour s'aligner sur les normes mondiales, tout en reconnaissant les variations actuelles dans les pratiques de ventilation par âge adoptées par les différents pays. Cette feuille de route doit non seulement répondre à ces normes universelles mais également refléter une compréhension pratique et raisonnable du contexte, des politiques et des difficultés de chaque pays. Les pays doivent chercher à mettre en œuvre une ventilation par âge détaillée, tout en considérant la faisabilité d'une telle démarche dans leurs contextes spécifiques. Pour que cette approche aboutisse aux résultats escomptés, il est essentiel d'élaborer des stratégies claires, comme l'établissement de catégories d'âge alignées sur les normes globales et les besoins locaux, tout en veillant à ce que les processus de collecte de données soient gérables en fonction des capacités des systèmes existants. Les pays doivent prioriser la création de l'infrastructure nécessaire, l'élargissement des capacités des systèmes, l'apport de formations au personnel responsable des données et l'intégration de mécanismes de validation, pour garantir la qualité des données. Une évaluation approfondie des compromis nécessaires est essentielle. Néanmoins, l'accent doit être mis sur la croissance vers des systèmes en mesure de capturer des données utiles et ventilées par âge, de guider les programmes PF et de générer des améliorations notables dans ces interventions. L'accent doit être mis sur l'élargissement des capacités plutôt que sur une collecte de données limitée reposant sur les contraintes des systèmes existants. Cette évaluation doit être vue comme une partie intégrante d'un cadre d'évaluation élargi applicable à tout changement significatif associé aux données du système DHIS2, notamment la ventilation par âge. Ce cadre doit inclure l'évaluation de la qualité actuelle des données, identifier les capacités du système à s'adapter à une ventilation par âge plus détaillée, analyser les coûts afférents et déterminer la faisabilité de la mise en œuvre. Les questions clés suivantes doivent être abordées dans le cadre de l'évaluation :

- Quelle est la qualité des données dans le système actuel ?
- Quelle est la capacité du système à traiter des catégories d'âge supplémentaires (p. e. un système plus complexe) sans que cela n'affecte la qualité des données ?
- Quelles sont les incidences en termes de coût de la révision des catégories d'âge à travers le système ?
- À quel point cela sera-t-il facile ou difficile de déployer les changements proposés ? Ceux-ci nécessiteront-ils des changements vers un système numérique et/ou la distribution de supports sur papier ? Sera-t-il nécessaire d'organiser une formation ?

Ces considérations doivent être régulièrement appliquées à chaque fois que des changements de données sont proposés pour veiller à ce que la capacité du système, le rapport coût-efficacité et la qualité des données soient maintenus à travers tous les types de modification des données, notamment en matière de ventilation par âge.

- **Considérer avec attention les catégories d'âge relatives aux adolescents :** De plus, au moment d'envisager l'ajout de catégories d'âge spécifiques aux adolescents, il est capital de prêter attention à certains facteurs susceptibles d'affecter la collecte de données, notamment les préjugés culturels les

restrictions juridiques et certaines préoccupations relatives à la protection de la confidentialité. Toutefois, l'existence de ces défis ne doit pas décourager les efforts des pays pour ventiler les données par âge ou aligner les pratiques dans ce domaine sur les normes mondiales. Par ailleurs, les pays doivent envisager l'adoption de pratiques de collecte de données sûres abordant les inquiétudes exprimées, tout en continuant d'améliorer le degré de détail et d'utilisation des données. Dans certains cas, il peut être utile d'explorer des méthodes alternatives afin de recueillir les renseignements nécessaires sans compromettre la fiabilité des données ou les principes de soins axés sur les personnes. Ci-après figure une liste des considérations essentielles pour les catégories d'âge spécifiques aux adolescents :

- Y a-t-il des préjugés culturels empêchant ces individus de donner leur âge réel aux prestataires de soins ? Comment le fait de remédier à ces préjugés par le biais de la recherche peut-il aider à normaliser le recours à la PF parmi les adolescents et faire évoluer les normes sociales de manière positive ?
- Existe-t-il certaines interdictions d'ordre juridique ou politique contre la prestation de services PF pour les individus figurant dans ce groupe d'âge, en particulier s'ils ne sont pas mariés ? Est-ce que le fait de révéler l'âge ou l'état civil peut entraîner des répercussions négatives sur les prestataires de services de soins ou les clients, notamment des problèmes de confidentialité, des services refusés ou des exigences quant au consentement parental ? À l'inverse, est-ce que le fait de recueillir ce type de données peut inciter à des changements de politiques améliorant l'accessibilité des services à ces groupes ?
- Si des préjugés culturels et/ou des interdictions juridiques existent, comment ces aspects se répercutent-ils, le cas échéant, sur l'exactitude des données ? D'autre part, en quoi une collecte de données correctes pourrait-elle permettre aux gouvernements et aux partenaires de mieux comprendre les besoins des adolescents et d'y répondre, favorisant ainsi l'émergence de systèmes de santé à l'écoute des jeunes ?
- Des renseignements supplémentaires peuvent-ils être recueillis pour satisfaire les besoins d'information sans mettre en péril l'exactitude et la fiabilité des données ? Cette approche pourrait-elle également améliorer la compréhension des comportements sanitaires des jeunes et leur utilisation des services, contribuant ainsi à la conception de programmes plus performants ?
- L'ajout de nouvelles catégories d'âge pourrait-elle éventuellement compromettre les principes de soins axés sur les personnes ? Y a-t-il un risque que l'introduction de catégories d'âge plus jeunes aboutisse à un refus de services ou nécessite de manière non intentionnelle le consentement des parents ? Comment pouvons-nous veiller à ce que ces changements ne compromettent pas l'intégrité de la prestation de services et respecte les droits des adolescents ?

- **Promouvoir l'apprentissage et la collaboration entre les pays :** La diversité des pratiques de ventilation par âge à travers les pays suggère l'existence de nombreuses perspectives d'apprentissage. Nos observations mettent en avant la valeur des analyses comparatives et des perspectives d'apprentissage commun, à savoir les possibilités qu'ont les pays d'échanger au sujet de leurs pratiques exemplaires, des défis rencontrés et des innovations concernant la ventilation par âge des données PF. Ainsi, ils peuvent découvrir comment améliorer leur cadre de ventilation des données afin de mieux répondre à leurs besoins spécifiques. Certaines plateformes comme le projet Track20 offrent d'excellentes possibilités aux responsables S&E de prendre part à un apprentissage et à des collaboration interpays. Aux côtés d'autres initiatives internationales en matière de santé, Track20 offre un réseau structuré aux experts en données leur permettant de faire part de leur expérience et de tirer certains enseignements des réussites et des défis rencontrés par leurs collègues internationaux. Ce type de collaboration permet de promouvoir non seulement une communauté de pratique mais accélère également l'adoption de stratégies de gestion de données innovantes et efficaces dans tous les secteurs, décuplant ainsi les efforts entrepris à l'échelle mondiale pour améliorer la qualité et l'utilisation des données PF.

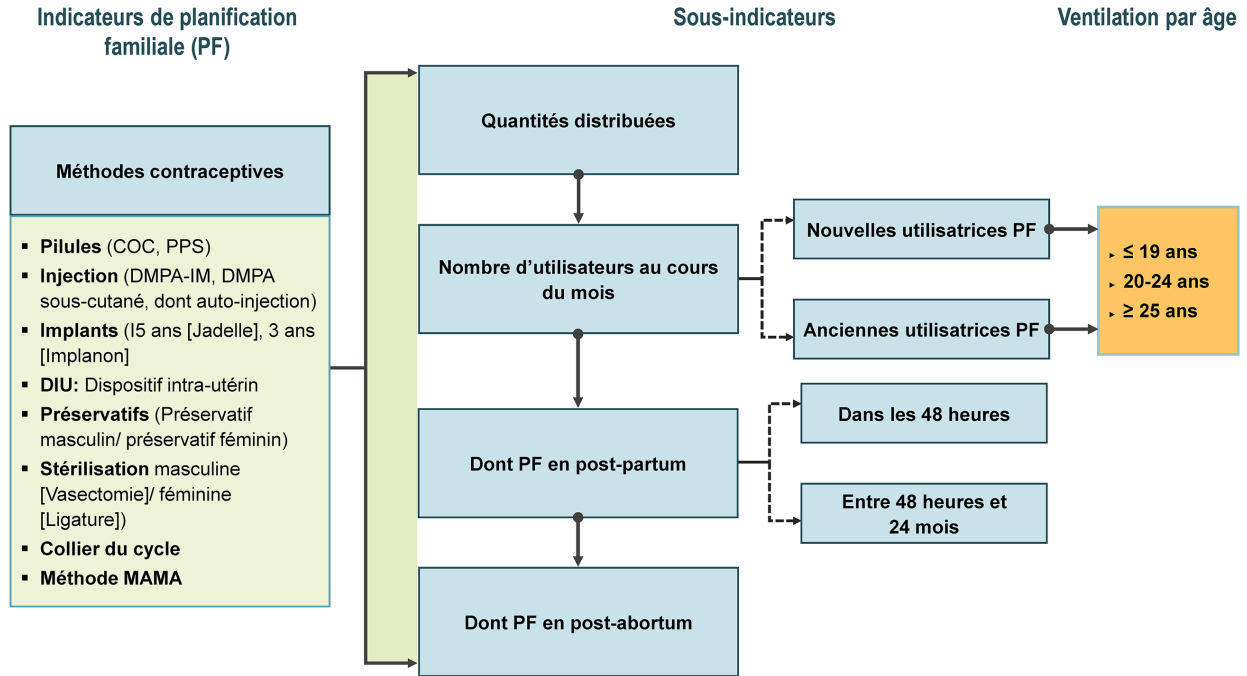
Références

1. Bertrand J., Magnani R, & Rutenberg N. (1994). Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation. The Evaluation Project. Consulté le 2 avril 2023 sur https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-94-01/at_download/document
2. da Silva, I. C. M., Everling, F., Hellwig, F. et al. (2020). Does women's age matter in the SDGs era: Coverage of demand for family planning satisfied with modern methods and institutional delivery in 91 low- and middle-income countries. *Reprod Health* 17, 55. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0903-6>
3. Shah I. & Åhman E. (2004). Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions, *Reproductive Health Matters*, 12:sup24, 9-17, DOI: 10.1016/S0968-8080(04)24002-2
4. Patton G. C., Coffey C., Sawyer S. M., Viner R. M., Haller D. M., Bose K., ... & Mathers C. D. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The Lancet*, Vol. 374, Iss. 9693, pg. 881-892, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60741-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60741-8).
5. Magadi M. A., Agwanda A. O., & Obare F. O. (2007). A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in sub-Saharan Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys (DHS). *Social Science & Medicine*, Vol.64, Iss.6, pg. 1311-1325. ISSN 0277-9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.004>.
6. Dehne, K. L., & Riedner, G. (2001). Sexually transmitted infections among adolescents: The need for adequate health services. *Reproductive Health Matters*, 9(17), 170-183.
7. Bertrand J., Magnani R, & Rutenberg N. (1994). Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation. The Evaluation Project. Consulté le 2 avril 2023 sur https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-94-01/at_download/document
8. Diaz, T., Strong, K. L., Cao, B., Guthold, R., Moran, A. C., Moller, A. B., ... & Banerjee, A. (2021). A call for standardised age-disaggregated health data. *The Lancet Healthy Longevity*, 2(7), e436-e443.
9. Iskarpatyoti, B. S., & Cannon, A. (2017). Barriers to and facilitators of sex- and age-disaggregated data: Zambia (Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, 2017).
10. Cannon, A., & Iskarpatyoti, B. S. (2017). Barriers to and facilitators of sex- and age-disaggregated data: Kenya (Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, 2017).
11. Fact sheet: Age-disaggregated data improves family planning policy and programming. (2020). Marie Stope Zambia. Consulté le 2 avril 2023 sur <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/05/eeda-zambia-fact-sheet.pdf>
12. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation, second edition. (2023). Geneva: WHO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Consulté le 9 mai 2024 sur <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373300/9789240081765-eng.pdf?sequence=1>
13. High Impact Practices in Family Planning (HIPs). (2022). Immediate postpartum family planning: a key component of childbirth care. Washington, DC: HIP Partnership; Accessed on May 17, 2024. Disponible sur : <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/immediate-postpartum-family-planning/>
14. MEASURE Evaluation FP/RH Indicator Database. Disponible sur <https://www.data4impactproject.org/resources/family-planning-and-reproductive-health-indicators-database/>

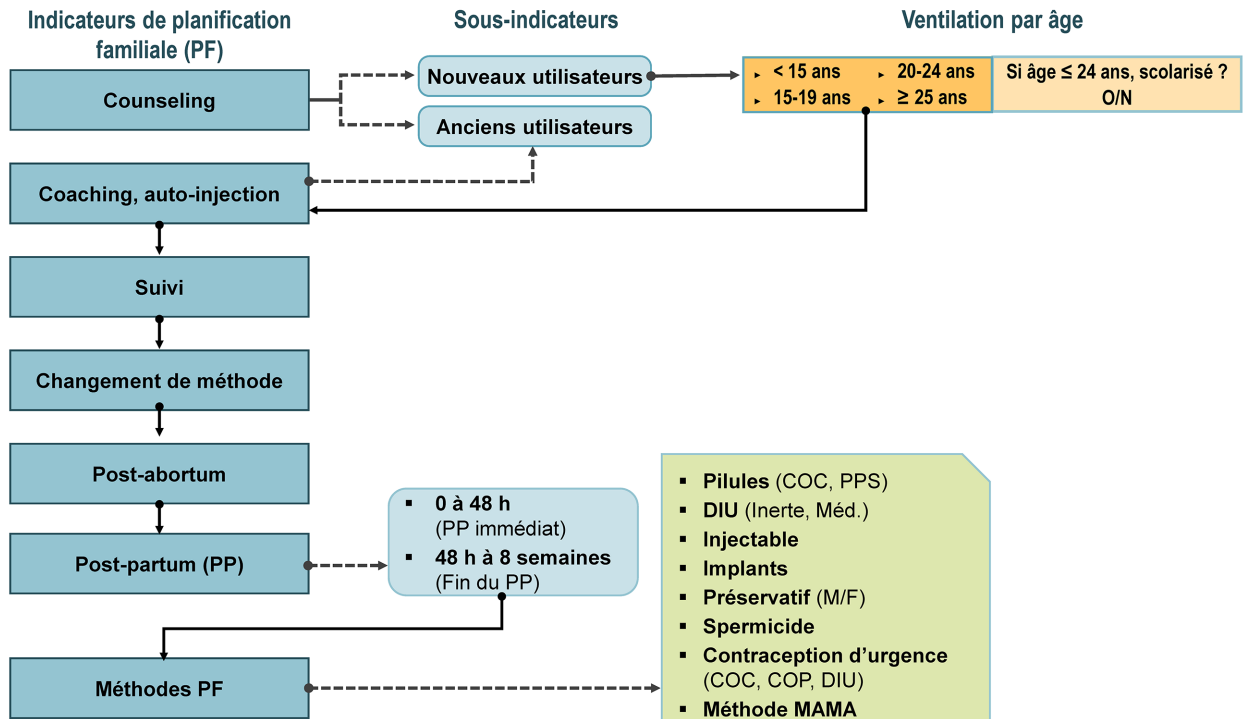
Annexe

Flux des données DHIS2 des pays inclus dans l'évaluation :

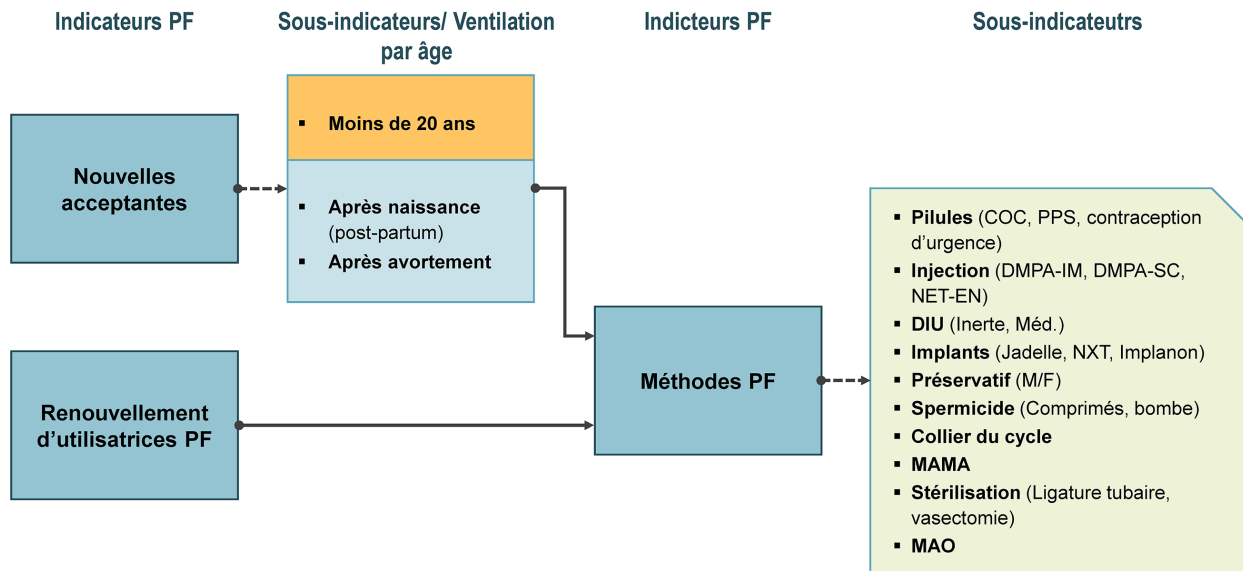
Burkina Faso



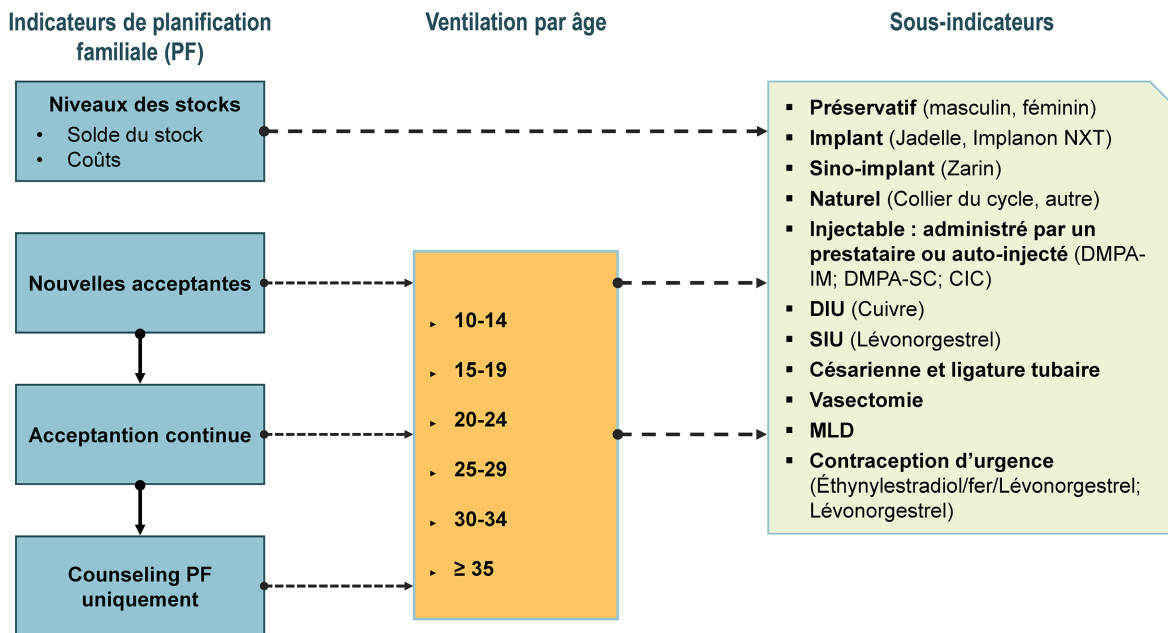
Côte d'Ivoire



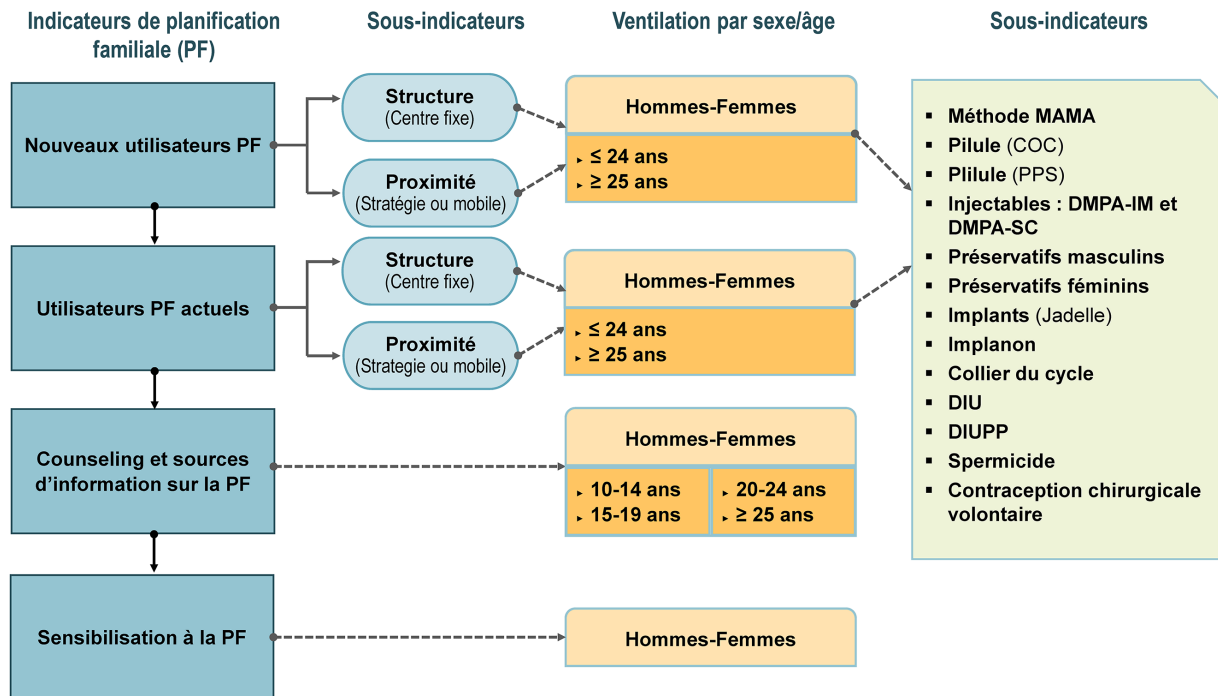
RDC



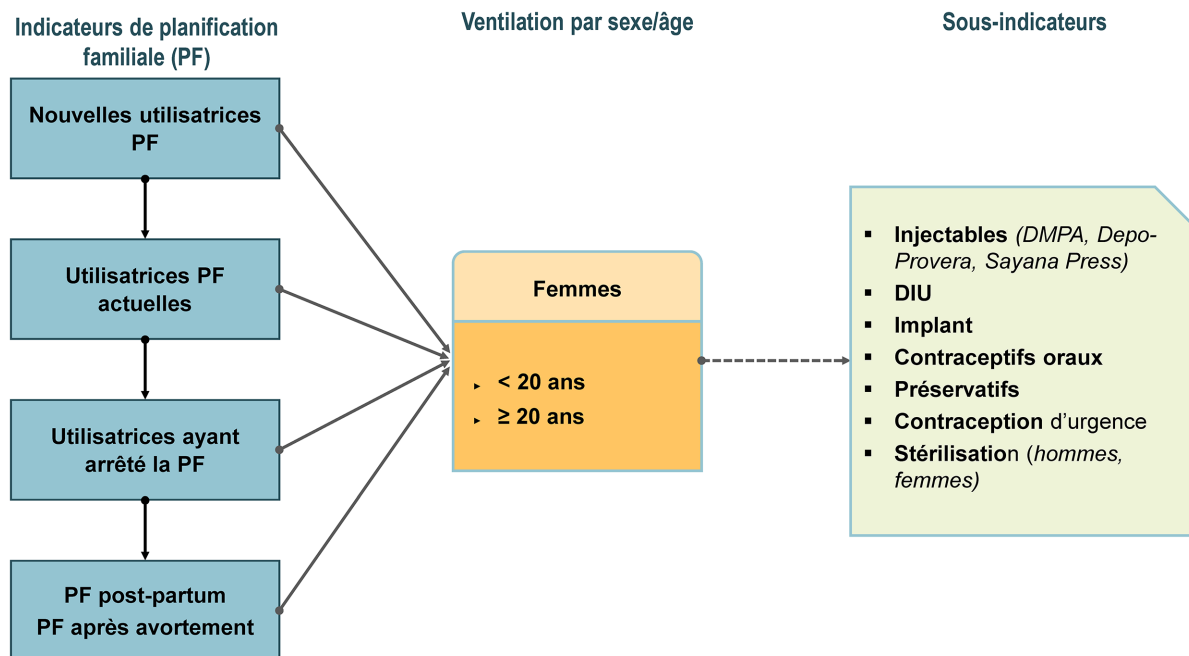
Ghana



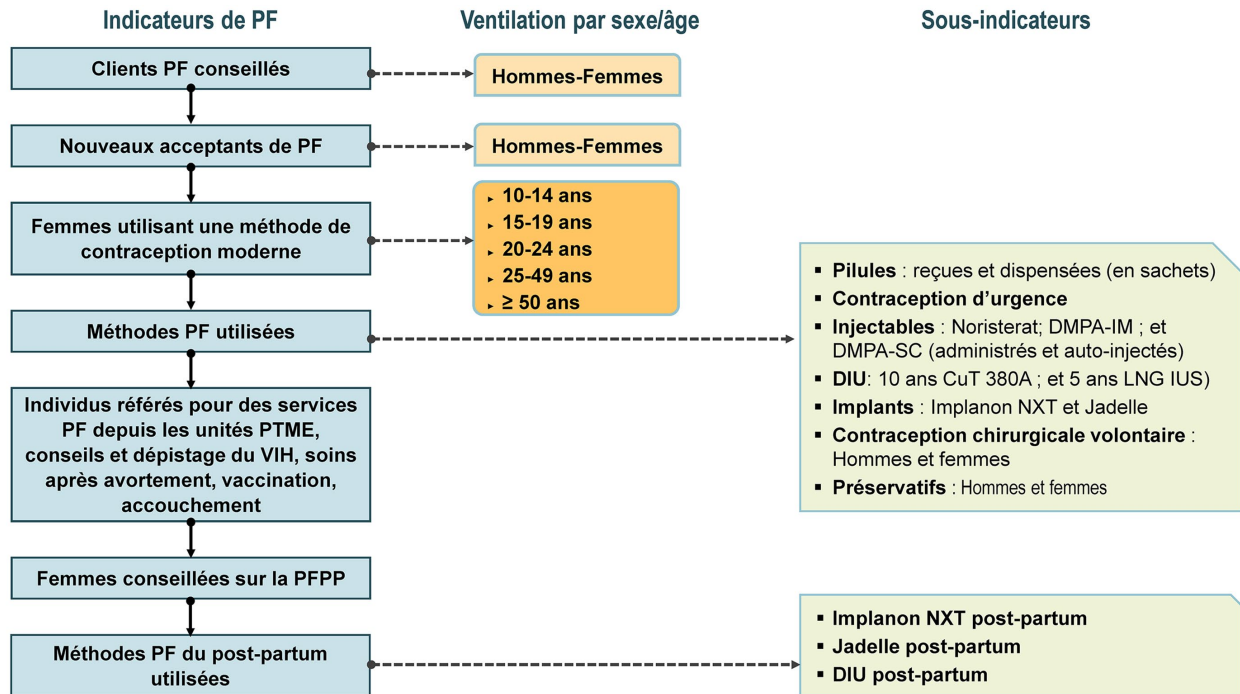
Mali



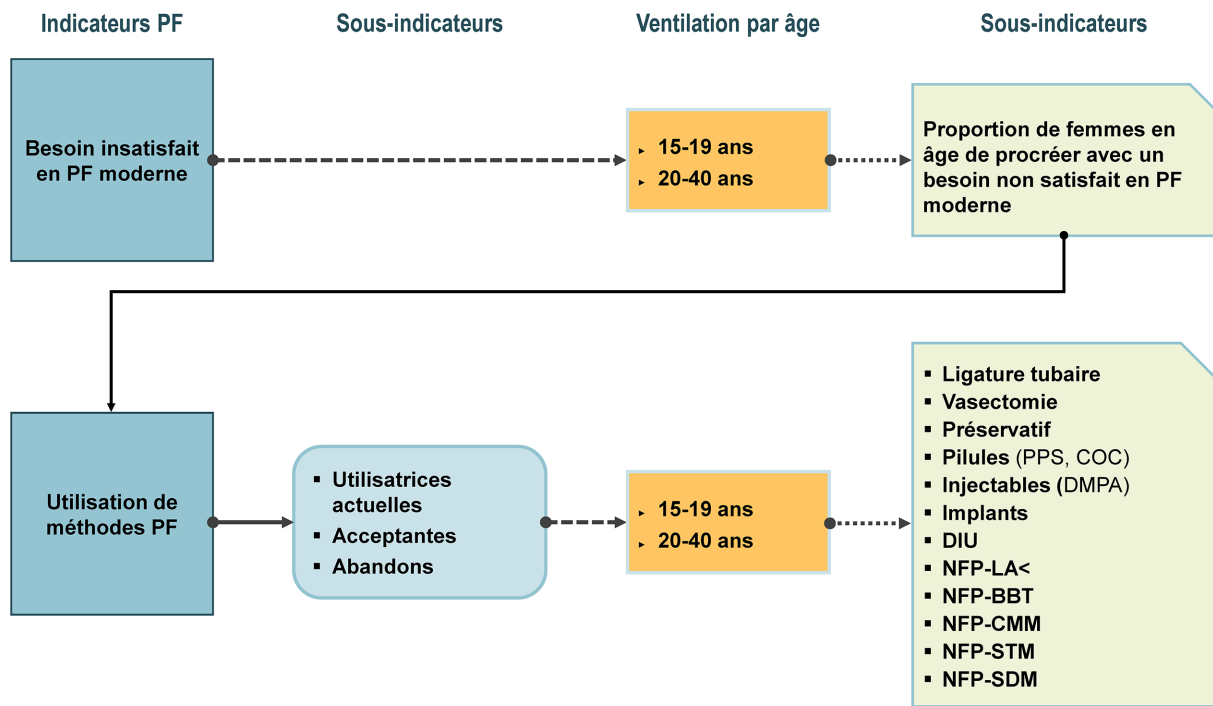
Népal



Nigéria

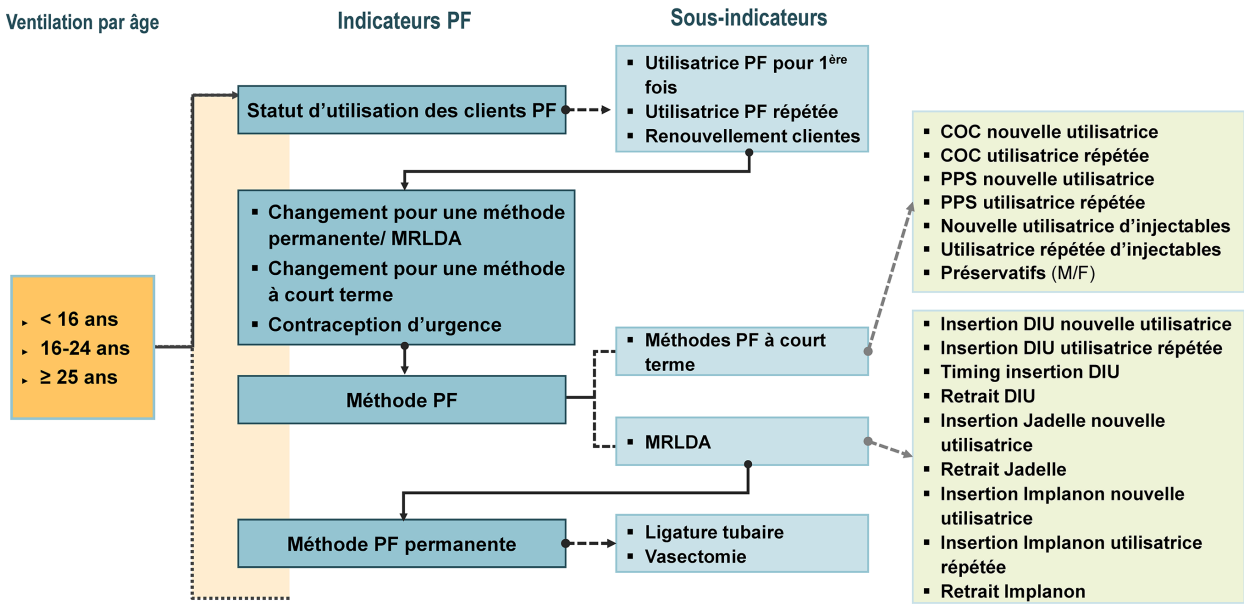


Philippines



Zimbabwe

Ventilation par âge



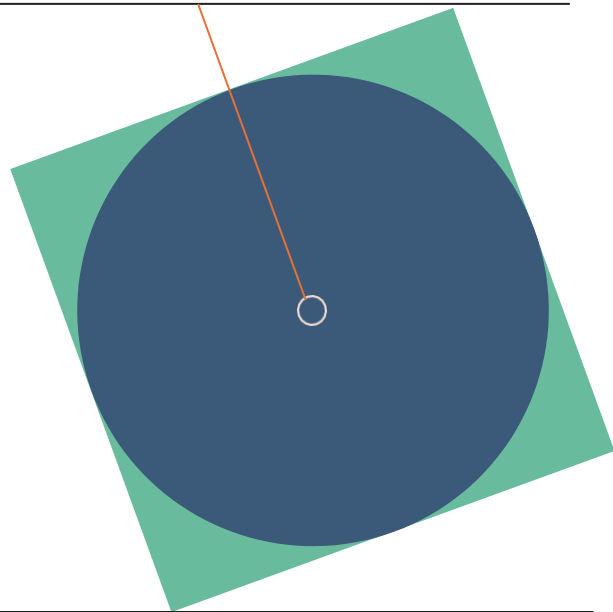
Data for Impact (D4I)

Université de Caroline du Nord à Chapel Hill
123 West Franklin Street, Suite 330 Chapel
Hill, North Carolina 27516 USA

Téléphone : 919-445-6945

D4I@unc.edu

www.data4impactproject.org



Cette publication a été produite avec le soutien de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) aux termes de l'accord de subvention associé de Data for Impact (D4I) n°7200AA18LA00008, qui est mis en œuvre par le Carolina Population Center de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, en partenariat avec Palladium International, LLC, ICF Macro, Inc., John Snow Inc. et Tulane University. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou ceux du gouvernement américain. WP-24-270FR.

