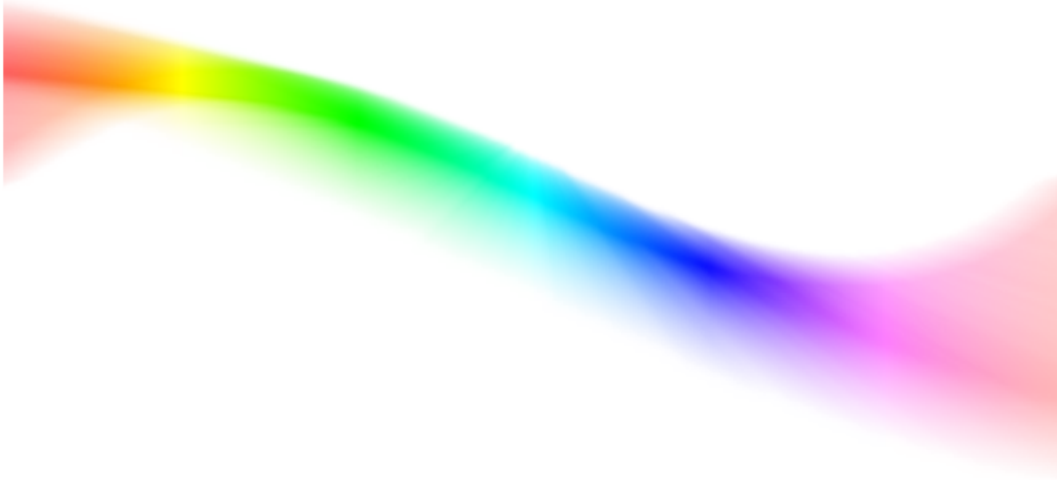




Manuel de Spectrum

Système Spectrum pour les modèles de politiques



Un outil d'analyse développé pour appuyer les
décisions politiques en matière de santé publique
et d'accompagnement de recherche



Manuel de Spectrum

Système Spectrum pour les modèles de politiques

Auteurs Techniques

Avenir Health

*Lori Bollinger
Willyanne DeCormier
Plosky
Carel Pretorius
Rachel Sanders
Emily Sonneveldt
John Stover*

Bill & Melinda Gates Foundation

John Ross

Johns Hopkins

*Adrienne Clermont
Neff Walker*

Développeurs de Logiciels

*Shiva Bagheri Marani
Kendall Hecht
Robert McKinnon
Thomas Podkowiak
Mark Roman
Jill Schein
Jared Schmidt
Elric Werst*

Développé par Avenir Health avec un formulaire d'assistance

*USAID | Health Policy Plus
Bill & Melinda Gates Foundation
Johns Hopkins
United States Fund for UNICEF
UNAIDS
World Health Organization
UNICEF
GWHA
United Nations Population Fund*

Table of Contents

Foreword	0
Part I Modules de Spectrum	5
1 LiST	5
Qu'est-ce que LiST ?	5
Analyse LiST standard	6
Éditeurs d'entrée de LiST	8
Configuration de LiST	8
Gestion des interventions	9
État de santé, mortalité et situation économique	11
État de santé de référence de l'enfant	11
État de santé de référence de la mère	14
Distributions de l'état nutritionnel	16
Pathogènes	17
Mortalité infantile de référence	18
Mortalité maternelle de référence	20
Avortement	21
Mortinatalité	21
Situation du ménage	22
Couverture	23
Période périsconceptionnelle	24
Grossesse	26
Accouchement	34
Allaitement	43
Malnutrition chronique	48
Mesures préventives	49
Vaccins	55
Mesures curatives	61
Émaciation	69
Risques de la fécondité	70
Efficacité	71
Efficacité des interventions (maternelles)	71
Efficacité des interventions (mortinaissances)	72
Efficacité des interventions (<1 mois)	72
Efficacité des interventions (1-59 mois)	72
Efficacité des interventions sur l'incidence	72
Efficacité des vaccins (approche de la cohorte)	73
Efficacité des vaccins de groupe	73
Efficacité des interventions en matière de nutrition	73
Impact de la dénutrition sur la mortalité	74
Coûts des intrants	76
Introduction	76
Configuration	76
Staff baseline data	77
Intervention costing (target population, population in need, coverage, and delivery channels)	77
Treatment inputs	80
Other - recurrent and capital costs	81
Delivery channels	82
Program costs	82

Méthodologie	83
Analyse AIM-LiST	84
Analyse FamPlan-LiST	86
Part II Outils	89
1 Générateur de scénarios pour LiST.....	89
2 Outil de l'équité pour LiST.....	91
3 Opportunités manquées pour LiST.....	92
4 Projection sous-nationale pour LiST.....	94
Index	100

1 Modules de Spectrum

1.1 LiST



1.1.1 Qu'est-ce que LiST ?

L'Outil des Vies Sauvées (LiST) est une application informatisée permettant de modéliser l'impact des interventions sur la santé de la mère et de l'enfant. LiST est inclus sous forme de module dans Spectrum, un système de modélisation de politiques composé de plusieurs composantes logicielles. Pour estimer les résultats maternels, infantiles, ou de la mortalité dans une projection, LiST modélise des changements de couvertures pour une vaste gamme d'interventions de santé de la mère et de l'enfant au fil du temps associées à des entrées tirées des modules suivants de Spectrum : 1) **DemProj**, le module démographique, qui fournit des informations démographiques pour la projection ; 2) **AIM** (Module d'Impact du SIDA), qui intègre l'impact du VIH / SIDA et les tendances du traitement VIH / SIDA ; et 3) **FamPlan** qui intègre les déterminants de la fécondité dans la projection.

LiST est basé sur le travail initial du Groupe d'Étude Bellagio sur la Survie de l'Enfant, du Groupe de références épidémiologiques sur la santé de l'enfant (CHERG), et du Groupe de pilotage international pour le développement de l'enfant. Leur travail visait à spécifier davantage la charge mondiale des maladies pour les nouveaux-nés et les enfants âgés de moins de cinq ans, à la fois par région et par cause, et à identifier et estimer les interventions qui seront les plus efficaces pour augmenter la survie et le développement potentiel de l'enfant. Ce travail a été publié dans la série de la santé mondiale du journal *The Lancet* sur la survie de l'enfant, la survie néonatale, et la nutrition chez le nourrisson et l'enfant en bas âge.

LiST permet de modifier en détail les entrées de la projection telles que : la couverture des interventions par âge, l'état de santé de référence, le taux de mortalité maternelle et infantile, les informations sur la mortalité ou l'avortement, les données sur la situation économique, l'efficacité des interventions, et l'impact de la dénutrition sur la mortalité. Les projections sous-nationales pour LiST peuvent être créées en apportant des modifications aux composantes associées dans LiST ainsi que DemProj, AIM et FamPlan.

Le module de LiST est en constante évolution, et s'adapte continuellement pour répondre aux besoins des utilisateurs dans les pays, les institutions, et les organisations partenaires. LiST a été utilisé pour la planification mondiale, la planification de projets, et pour atteindre des objectifs d'évaluation de projets. Outre les mises à jour des indicateurs et des interventions en matière de nutrition, les composantes pour la santé de la mère et les mortalités et la capacité d'associer à un module d'établissement des coûts externe sont maintenant incluses.

Veillez visiter www.livessavedtool.org pour des informations et des ressources supplémentaires. Vous pouvez également consulter la vidéo de formation suivante : [Introduction à l'Outil des Vies Sauvées](#) (26 minutes).

1.1.2 Analyse LiST standard

Vue d'ensemble de l'analyse de base

1. Créez ou modifiez une projection pour qu'elle contienne toutes les données de référence pertinentes. Vous pouvez le faire en cliquant sur "[Configuration](#)" et "[État de santé, mortalité et situation économique](#)." Enregistrez cela sous un nom indiquant qu'il s'agit de votre projection de référence. Cette projection sera votre scénario imaginaire ou ne rien faire, pour que vous puissiez comparer votre projection d'intensification à cette référence.
2. Ouvrez la projection de référence et utilisez "Enregistrer sous" pour enregistrer un deuxième fichier, en le renommant selon l'intensification d'intérêt. Modifiez les valeurs de couverture dans "[Couverture](#)" pour créer l'intensification désirée. Enregistrez ces changements. Vérifiez les résultats en observant les "Décès additionnels évités chez les enfants âgés de moins de cinq ans par intervention par rapport à l'année d'impact" pour vous assurer que seules les interventions que vous avez intensifiées montrent des changements (à l'exception des interventions en matière de VIH) et que la première année ("Année d'impact") contient 0 décès évité. Corrigez si nécessaire. Une fois terminé, enregistrez les changements et fermez la projection.
3. Répétez l'étape 2 autant de fois que nécessaire pour créer toutes les comparaisons d'intérêt.
4. Ouvrez la projection de référence et les projections supplémentaires d'intérêt pour que leurs résultats puissent être affichés simultanément pour une comparaison facile. Elles ne s'ouvriront que si les années de configuration et les modules sont identiques pour toutes les projections.
5. Affichez les résultats et faites un clic droit pour choisir "Tout copier" afin de copier les tableaux pertinents dans Excel. Les chiffres peuvent également être exportés en copiant / collant dans Word, Excel, ou PowerPoint.

Les étapes détaillées de l'Analyse de base

1. Cliquez sur "Nouvelle projection" ou "Ouvrir une projection" pour créer ou modifier une projection. Pour une nouvelle projection, vous devez définir les éléments suivants : nom du fichier de la projection, la première année et la dernière année de projection, les modules actifs (sélectionnez LiST et autres modules d'intérêt), et le pays ou la région mondiale d'intérêt.
2. Cliquez sur l'onglet "Modules" en haut de la barre d'outils et cliquez sur "LiST" sous les options SMNE. Une barre d'outils horizontale apparaîtra directement sous les onglets du menu.
3. Sélectionnez "[Configuration](#)" depuis la barre d'outils horizontale, le premier élément du côté gauche.
4. L'"Année de base de la couverture" est définie par défaut à la première année de la projection ; modifiez si nécessaire. Veuillez noter que si vous sélectionnez une année de base qui est dans le futur, LiST utilisera les données disponibles les plus récentes.
5. La "Première année du programme d'intervention" est l'année de référence à partir de laquelle vous calculez l'impact d'un changement de couverture spécifique (par exemple, pour qu'un programme introduise le vaccin antirotavirus début 2012, la première année du programme d'intervention serait 2011).

NOTE : c'est toujours une bonne idée d'enregistrer vos changements au fur et à mesure pour éviter une perte de données. N'oubliez pas d'"Enregistrer sous" lorsque vous commencez à travailler sur une nouvelle projection pour pouvoir revenir à votre projection d'origine si nécessaire.

6. Sélectionnez "[État de santé, mortalité, et situation économique](#)" à partir de la barre d'outils horizontale, le deuxième élément à partir de la gauche. Apportez toutes les modifications nécessaires aux données de référence par défaut.
7. Sélectionnez "[Couverture](#)" à partir de la barre d'outils horizontale, le troisième élément à partir de la gauche.
8. Modifiez les valeurs de couverture de l'année de référence à la première année d'intervention. Pour changer les valeurs de couverture indépendamment pour des éléments qui sont liés à d'autres valeurs de couverture, consultez la partie inférieure de l'éditeur de couverture quant à la case qu'il convient de décocher. Cela dissociera les éléments.
9. Modifiez les valeurs de couverture de la première année d'intervention à l'année cible / de fin. Vous pouvez facilement changer cette couverture en définissant un niveau de couverture à l'année cible, puis en surlignant la ligne de la première année d'intervention à l'année cible. Puis, cliquez sur le bouton "Interpoler" affiché en bas de l'écran (ou appuyez sur Ctrl+I) pour créer une tendance linéaire entre la première et la dernière année (ou cliquez droit et choisissez "Interpoler" à partir du menu contextuel pour plus d'options).
10. Cliquez sur le menu "Fichier" et choisissez "Enregistrer sous". Vous avez maintenant votre projection "Scénario 1".
11. Si vous souhaitez créer d'autres scénarios à comparer au Scénario 1, vous pouvez le faire en utilisant "Enregistrer sous" pour renommer cette projection afin d'indiquer qu'il s'agit d'une comparaison au Scénario 1 (par exemple, Scénario 2 Sénégal - Vaccins).

12. Ne changez pas la santé, la mortalité ou la situation économique de référence du Scénario 1, ou les niveaux de couverture des interventions dans l'année de référence. Autrement, le Scénario 2 ne pourra pas être comparé précisément au Scénario 1 en termes d'impact des changements sur la couverture d'intervention. Lorsque vous avez effectué tous les changements, cliquez sur "OK". Assurez-vous d'avoir enregistré votre travail sur le Scénario 2.
13. Répétez autant de fois que nécessaire pour créer d'autres comparaisons. Veuillez noter que lorsque vous travaillez sur des projections multiples, vous devez vous assurer d'avoir modifié le bon fichier. Le titre de la projection que vous êtes en train de modifier sera surligné en gras avec un * en bas de l'écran.
14. Pour afficher les résultats de vos projections, ouvrez les projections d'intérêt et cliquez sur "Résultats" pour sélectionner votre résultat. Veuillez noter que quelle que soit la première projection que vous avez ouverte, elle affichera tout d'abord les tableaux des résultats.
15. Une fenêtre "Configurer" apparaîtra vous permettant de choisir le format d'affichage pour l'indicateur choisi (par exemple, tableau, graphique linéaire, etc.). Sélectionnez la première et la dernière année pour correspondre aux années d'intérêt dans la projection. Seules les interventions de LiST modélisées par l'utilisateur devraient contribuer au total (aux totaux) de tous les décès évités (à l'exception de PTME, cotrimoxazole, et TARV depuis AIM). Si tel n'est pas le cas, alors des changements involontaires pourraient avoir été effectués et devraient être corrigés. Par ailleurs, le nombre de décès évités à la première année du programme d'intervention ("Année d'impact") devrait être de 0. Procédez à toutes les corrections nécessaires. Enregistrez et fermez la projection.

1.1.3 Éditeurs d'entrée de LiST

1.1.3.1 Configuration de LiST

[Première année du programme d'intervention](#) [Afficher les intervalles de confiance autour des résultats](#)
[Entrée directe de la malnutrition chronique / aiguë](#) [Entrée directe des risques de fécondité](#)
[Gestion des interventions](#)

1. Sélectionnez **la première année du programme d'intervention** à partir du menu déroulant. Elle concerne l'année de référence à partir de laquelle les impacts des changements de couverture sont calculés (à savoir, pour qu'un programme introduise le vaccin antirotavirus au début de 2012, la première année du programme d'intervention serait 2011). C'est la première année pour laquelle LiST montrera des sorties pour des résultats liés aux "décès additionnels évités par rapport à l'année d'impact". Bien que Spectrum présente techniquement une projection basée sur les données de DemProj et d'AIM à partir de l'année spécifiée comme l'année de début de la projection, en sélectionnant la première année du programme d'intervention, vous pourrez restreindre le résultat de la projection de LiST. [En haut](#)

NOTE : Pour s'assurer que les données de la couverture d'intervention pour votre année de référence sont précises, vérifiez les sources de données pour les pays de votre projection (allez à "Résultats" - "Outils" - "Résumé de la source" pour voir si une enquête de ménage représentative à l'échelle nationale (EDS ou MICS) a été récemment réalisée antérieurement à l'année de référence. Si tel n'est pas le cas (par exemple, les données de référence sont considérablement anciennes), et que vous n'êtes pas en mesure de les remplacer par vos propres données, veuillez interpréter vos résultats avec prudence.

2. [Facultatif] Vous pouvez sélectionner "**Afficher les intervalles de confiance ("sensitivity bounds ") autour des résultats**" si vous souhaitez afficher une limite supérieure et une limite inférieure autour de vos résultats dans LiST. Cette estimation est fait en utilisant les limites supérieure et inférieure pour la taille d'effet pour chaque intervention dans LiST. [En haut](#)
3. [Facultatif] Vous pouvez sélectionner "**Entrée directe de la malnutrition chronique**" et /ou "**Entrée directe de la malnutrition aiguë**" si vous souhaitez directement saisir vous-même les valeurs de la malnutrition chronique et / ou de la malnutrition aiguë dans Couverture. Sélectionnez cette option si vous avez des données spécifiques au pays sur la malnutrition chronique / aiguë et si vous souhaitez observer l'impact du changement des distributions de la malnutrition chronique / aiguë sur la mortalité.

Lorsqu'une entrée directe de la malnutrition chronique / aiguë est active, l'utilisateur devrait saisir des données sur les distributions de la malnutrition chronique / aiguë dans l'onglet "Malnutrition chronique" / "Émaciation" du menu "Couverture" (ces onglets ne sont visibles que lorsque "entrée directe" est activée). Dans ce paramètre, LiST ne calculera pas les distributions de la malnutrition chronique / aiguë à partir du changement de la couverture d'intervention. Au lieu de cela, l'impact sur la mortalité provient directement des distributions de la malnutrition chronique / aiguë saisies. Si une intervention a un impact sur la mortalité seulement par la malnutrition chronique / aiguë, l'utilisateur ne pourra pas modifier cette intervention lorsque l'entrée directe est activée (l'intervention sera grisée). L'utilisateur pourra toujours modifier la couverture des interventions qui affectent la mortalité par de multiples voies dont la malnutrition chronique / aiguë. Ces interventions continueront à affecter la mortalité par d'autres voies. Par exemple, lorsque l'entrée directe de la malnutrition chronique est activée, la supplémentation en zinc n'affecte pas la distribution de la malnutrition chronique, mais a toujours un impact sur la mortalité suite à la diarrhée et à la pneumonie.

Si l'entrée directe est activée et l'utilisateur ne saisit pas de données sur la distribution de la malnutrition chronique / aiguë, l'impact sur la mortalité des interventions affectant la malnutrition chronique / aiguë ne sera pas sous estimé.

Si l'entrée directe est désactivée, LiST calcule la distribution de la malnutrition chronique / aiguë basée sur le changement de la couverture des interventions affectant la malnutrition chronique / aiguë. [En haut](#)

4. [Facultatif] Vous pouvez sélectionner "**Entrée directe des risques de fécondité**" si vous souhaitez saisir directement vous-même les valeurs du risque de fécondité dans l'onglet Risque de la fécondité dans Couverture. Cela sera automatiquement coché si le module de la planification familiale (FamPlan) n'est pas sélectionné. [En haut](#)
5. [Facultatif] Enfin, si vous souhaitez créer une intervention personnalisée qui n'est pas présentement incluse dans LiST, cliquez sur le bouton "**Gestion des interventions**" et suivez les instructions fournies dans l'encadré "**Gestion des interventions**". [En haut](#)

1.1.3.2 Gestion des interventions

[Créer des interventions personnalisées](#) [Associer des interventions](#) [Exporter des interventions](#)

Ce menu (dans le menu "[Configuration de LiST](#)") permet aux utilisateurs de créer des analyses personnalisées incluant des fonctionnalités qui ne font pas partie du modèle validé et normalisé. Elles incluent la création de nouvelles interventions à partir de zéro, favorisant des interventions qui n'ont pas les effets standards, et copier des interventions personnalisées dans d'autres projections de LiST.

Les résultats de tout changement apporté à ce menu sont de la responsabilité de l'utilisateur seulement. L'équipe de LiST est responsable de la fonctionnalité mais pas des résultats eux-mêmes.

Créer des interventions personnalisées

Dans cette rubrique, les utilisateurs peuvent créer une intervention qui ne fait pas partie du paquet standard de LiST.

1. Tout d'abord, veuillez saisir le nom de cette intervention. Il doit être différent de toute autre intervention existante dans Spectrum.
2. Sélectionnez le type de période de temps de l'intervention dans laquelle l'intervention doit être fournie. Seule une période peut être sélectionnée, même si l'intervention traverse en réalité plusieurs périodes.
 - a. Si la période / le type est Vaccins, alors l'utilisateur doit également sélectionner au moins une cause de décès spécifique pouvant être affectée par cette intervention. Cela créera l'espace pour configurer également les effets de groupe / effets indirects.

Une fois l'intervention créée, l'utilisateur doit également saisir la couverture de l'intervention dans les principaux onglets de couverture ainsi que l'efficacité de l'intervention dans les onglets d'efficacité. Veuillez noter que ces interventions personnalisées ne peuvent affecter que les causes de décès. Elles ne peuvent pas affecter des résultats intermédiaires tels que l'allaitement, la malnutrition chronique, ou la malnutrition aiguë.

[En haut](#)

Associer les interventions

La fonctionnalité du lien crée un lien spécial entre toutes les interventions existantes sélectionnées (à l'exclusion des interventions personnalisées) et toutes les causes de décès. Ce lien permet à l'utilisateur de spécifier les effets qui ne font pas partie de l'offre standard de LiST. Il ne modifie pas les associations existantes. Pour utiliser cette fonctionnalité, l'utilisateur doit simplement cocher la case On / Off, pour identifier quelles interventions existantes doivent être autorisées pour affecter les causes de décès non standards.

Une fois l'intervention associée, l'utilisateur doit accéder à l'onglet efficacité pour la cause de décès correspondante. Sur cet onglet, sélectionnez "Afficher toutes les options des interventions". L'intervention sélectionnée apparaîtra et l'utilisateur peut saisir son efficacité individuelle et les informations sur la fraction affectée. Les valeurs seront enregistrées lorsque la projection est enregistrée.

[En haut](#)

Exporter les interventions

Cette fonctionnalité permet à l'utilisateur de copier les informations contenues dans une intervention personnalisée dans une projection déjà existante. Cela permettra de copier les interventions personnalisées sélectionnées ainsi que tous les liens créés avec la fonctionnalité "Associer les interventions". Identifiez les projections dans lesquelles vous souhaitez ajouter ces informations. Actuellement, les niveaux d'efficacité sont copiés, mais les fractions affectées ne le sont pas.

[En haut](#)

1.1.3.3 État de santé, mortalité et situation économique

Ce groupement de l'éditeur fournit ce qu'on pourrait appeler le "statut de référence" d'une mère, d'un nouveau-né, d'un enfant nés dans le pays ou la région que vous analysez. Il fournit des informations spécifiques sur les carences nutritionnelles, l'état nutritionnel à la naissance, l'incidence de certaines maladies, les distributions de la malnutrition chronique et de la malnutrition aiguë, les taux de mortalité de base et les causes immédiates de décès, l'incidence de l'avortement, le taux de mortalité, et des détails économiques sur le ménage.

1. Examinez les valeurs par défaut pour tous les indicateurs sous chaque onglet et ces données peuvent être modifiées si des sources de données plus pertinentes ou actualisées sont disponibles.
2. Pour changer les données, cliquez sur cette case pour surligner et saisissez les données. Si vous avez changé l'année de base par rapport à la valeur par défaut, assurez-vous que les valeurs correspondent à l'année d'intérêt.
3. N'oubliez pas de saisir un dossier de tous les changements que vous apportez aux sources de données et aux hypothèses. Pour documenter cela, cliquez droit sur le tableau et sélectionnez "Toutes les sources" ou "Source de données" (ligne)

1.1.3.3.1 État de santé de référence de l'enfant

[Pourcentage des personnes carencées en vitamine A](#) [Pourcentage des personnes carencées en zinc](#)
[État à la naissance](#) [Incidence de la diarrhée](#) [Incidence de la diarrhée sévère](#) [Incidence de la pneumonie sévère](#) [Incidence de la méningite bactérienne](#)

Pourcentage des personnes avec des carences en vitamine A

- **Définition** : une carence en vitamine A est définie par des concentrations sériques de vitamine A inférieures à 0,70 mol/L chez les enfants < 5 ans.
- **Source de données par défaut** : Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. (Dénutrition et surpoids de la mère et de l'enfant dans les pays à faibles et moyens revenus). *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>.
- **Notes** : ces valeurs sont des estimations régionales sur la carence.

[En haut](#)

Pourcentage des personnes avec des carences en zinc

- **Définition** : le pourcentage de la population avec un apport insuffisant en zinc.
- **Source de données par défaut** : Wessells KR, Brown KH. Estimating the global prevalence of zinc deficiency: Results based on zinc availability in national food supplies and the prevalence of stunting. (Estimer la prévalence mondiale de la carence en zinc : résultats basés sur la disponibilité du zinc dans l'approvisionnement alimentaire national et la prévalence de la

malnutrition chronique). *PLoS One* 2012; 7(11): e50568.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510072/>. (Tableau supplémentaire S2.)

- **Notes :** cela a été calculé sur la base d'une combinaison de la disponibilité alimentaire et des besoins biologiques. Voir l'article pour les détails.

[En haut](#)

État à la naissance

- **Définition :** le pourcentage des enfants nés dans l'une des quatre catégories : prématurés et petits pour leur âge gestationnel (PAG), prématurés et pertinents par rapport à l'âge gestationnel, à terme et PAG, et à terme et pertinents par rapport à l'âge gestationnel. PAG est défini comme <10e centile ; prématuré est défini comme <37 semaines.
- **Source de données par défaut :** Lee AC, Katz J, Blencowe H, et al. National and regional estimates of term and preterm babies born small for gestational age in 138 low-income and middle-income countries in 2010. (Estimations nationales et régionales sur les bébés prématurés, nés petits pour leur âge gestationnel dans 138 pays à faibles et moyens revenus en 2010). *Lancet Global Health* 2013; 1(1): e26-36.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103583>.

- **Notes :**

[En haut](#)

Incidence de la diarrhée

- **Définition :** le nombre d'épisodes de diarrhée qui pourraient être observés par enfant-année (c'est-à-dire par chaque année de vie d'un enfant).
- **Source de données par défaut :** Fischer Walker CL, Rudan I, Liu L, et al. Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. (Charge mondiale de la pneumonie et la diarrhée infantiles). *The Lancet* 2013; 381(9875): 1405-16.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23582727>.
- **Notes :** les estimations standards des EDS ne peuvent pas être utilisées puisqu'elle sont en général collectées pendant la saison sèche. Les valeurs sont des valeurs régionales.

[En haut](#)

Incidence de la diarrhée sévère

- **Définition :** le nombre d'épisodes de diarrhée sévère qui pourraient être observés par enfant-année (c'est-à-dire par chaque année de vie d'un enfant).
 - **Source de données par défaut :** Fischer Walker CL, Rudan I, Liu L, et al. Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. (Charge mondiale de la pneumonie et la diarrhée infantiles). *The Lancet* 2013; 381(9875): 1405-16.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23582727>.
-

- **Notes :** les estimations standards des EDS ne peuvent pas être utilisées puisqu'elle sont en général collectées pendant la saison sèche. Les valeurs sont des valeurs régionales.

[En haut](#)

Incidence de la pneumonie sévère

- **Définition :** le nombre d'épisodes de pneumonie sévère qui pourraient être observés par enfant-année (c'est-à-dire par chaque année de vie d'un enfant).
- **Source de données par défaut :** Rudan I, O'Brien KL, Nair H, et al. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia in 2010: Estimates of incidence, severe morbidity, mortality, underlying risk factors and causative pathogens for 192 countries. (Epidémiologie et étiologie de la pneumonie infantile en 2010 : estimations de l'incidence, la morbidité sévère, la mortalité, des facteurs de risques sous-jacents et des pathogènes causatifs pour 192 pays). *Journal of Global Health* 2013; 3(1). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23826505>. (Matériel en ligne supplémentaire.)

- **Notes :**

[En haut](#)

Incidence de la méningite bactérienne

- **Définition :** le nombre d'épisodes de méningite bactérienne qui pourraient être observés par enfant-année (c'est-à-dire par chaque année de vie d'un enfant).
- **Source de données par défaut :** calculées à partir des données suivantes :

Davis S, Feikin D, Johnson HL. The effect of Haemophilus influenzae type B and pneumococcal conjugate vaccines on childhood meningitis mortality: A systematic review. (Les effets de l'Haemophilus influenzae de type b et des vaccins antipneumococciques conjugués sur la mortalité de la méningite infantiles : une revue systématique.) *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564188>.

Voir également le tableau joint de l'OMS référencé dans les articles suivants : Watt JP, Wolfson LJ, O'Brien KL, et al. Burden of disease caused by Haemophilus influenzae type b in children younger than 5 years: Global estimates. (La charge des maladies causées par l'Haemophilus influenzae de type b chez les enfants âgés de moins de 5 ans : estimations mondiales). *Lancet* 2009; 374(9693): 903-911. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19748399>.

O'Brien KL, Wolfson LJ, Watt JP, et al. Burden of disease caused by Streptococcus pneumoniae in children younger than 5 years: Global estimates. (Charge des maladies causées par un Streptococcus pneumoniae chez les enfants âgés de moins de 5 ans : estimations mondiales). *Lancet* 2009; 374(9693): 893-902. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19748398>.

- **Notes :**

[En haut](#)

1.1.3.3.2 État de santé de référence de la mère

[TPIp](#) [Pourcentage des femmes exposées au falciparum](#) [Pourcentage des femmes enceintes anémiées](#) [Pourcentage d'anémie chez les femmes enceintes en raison d'une carence en fer](#) [Pourcentage des femmes non enceintes anémiées](#) [Pourcentage d'anémie chez les femmes non enceintes en raison d'une carence en fer](#) [Pourcentage de femmes enceintes atteintes d'anémie sévère](#) [Prévalence de l'indice de masse corporelle \(IMC\) faible chez les femmes en âge de procréer](#)

TPIp (Traitement préventif intermittent du paludisme pour les femmes enceintes)

- **Définition** : Ceci sera sélectionné par défaut si le TPI ou dormir sous moustiquaire traitée à l'insecticide (MTI) est recommandé par le gouvernement national pendant la grossesse.
- **Source de données par défaut** : van Eijk AM, Hill J, Alegana VA, et al. Coverage of malaria protection in pregnant women in sub-Saharan Africa: a synthesis and analysis of national survey data. (Couverture de la protection contre la malaria parmi les femmes enceintes d'Afrique sub-saharienne: une synthèse et analyse des données d'enquête nationales) *Lancet Infect Dis* 2011; 11(3): 190-207. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3119932/>.
- **Notes** : Par défaut, le TPI peut uniquement faire effet sur les populations où le gouvernement a recommandé que le TPI soit utilisé. L'utilisateur(trice) peut sélectionner cette option s'il/si elle voudrait voir les avantages du TPI pour d'autres populations.

[En haut](#)

Pourcentage de femmes exposées au falciparum

- **Définition** : Pourcentage de femmes exposées au paludisme falciparum pendant leur grossesse.
- **Source de données par défaut** : Guerra CA, Gikandi PW, Tatem AJ, et al. The limits and intensity of Plasmodium falciparum transmission: Implications for malaria control and elimination worldwide. (Les limites et l'intensité de la transmission du Plasmodium falciparum: Implications pour le contrôle de la malaria et son élimination à l'échelle mondiale) *PLoS Medicine* 2008; 5(2): e38. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18303939>.

- **Notes** :

[En haut](#)

Pourcentage des femmes enceintes anémiées

- **Définition** : Le pourcentage des femmes enceintes avec des taux d'hémoglobines < 110 g/L.
- **Source de données par défaut** : Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. (Tendances globales, régionales et nationales de la concentration d'hémoglobine et de la prévalence de l'anémie totale et sévère chez les femmes enceintes et non enceintes pour 1995 - 2011 : une analyse systématique des données

représentatives de la population). *Lancet Global Health* 2013; 1(1): e16-25.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103581>. (Données non publiées par les auteurs.)

- **Notes :**

[En haut](#)

Pourcentage d'anémie chez les femmes enceintes en raison d'une carence en fer

- **Définition :** Parmi les femmes enceintes avec des taux d'hémoglobine < 110 g/L, le pourcentage où l'anémie est sensible à des suppléments de fer.
- **Source de données par défaut :** Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. (Tendances globales, régionales et nationales de la concentration d'hémoglobine et de la prévalence de l'anémie totale et sévère chez les femmes enceintes et non enceintes pour 1995 - 2011 : une analyse systématique des données représentatives de la population). *Lancet Global Health* 2013; 1(1): e16-25.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103581>. (Données non publiées par les auteurs.)

- **Notes :**

[En haut](#)

Pourcentage des femmes non enceintes anémiées

- **Définition :** Le pourcentage des femmes non enceintes âgées de 15-49 ans avec des taux d'hémoglobine < 120 g/L.
- **Source de données par défaut :** Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. (Tendances globales, régionales et nationales de la concentration d'hémoglobine et de la prévalence de l'anémie totale et sévère chez les femmes enceintes et non enceintes pour 1995 - 2011 : une analyse systématique des données représentatives de la population). *Lancet Global Health* 2013 ; 1(1): e16-25.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103581>. (Données non publiées par les auteurs.)

- **Notes :**

[En haut](#)

Pourcentage d'anémie chez les femmes non enceintes en raison d'une carence en fer

- **Définition :** Parmi les femmes non enceintes âgées de 15-49 avec des taux d'hémoglobine < 120 g/L, le pourcentage où l'anémie est sensible à des suppléments de fer.
- **Source de données par défaut :** Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic

analysis of population-representative data. (Tendances globales, régionales et nationales de la concentration d'hémoglobine et de la prévalence de l'anémie totale et sévère chez les femmes enceintes et non enceintes pour 1995 - 2011 : une analyse systématique des données représentatives de la population). *Lancet Global Health* 2013; 1(1): e16-25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103581>. (Données non publiées par les auteurs.)

- **Notes :**

[En haut](#)

Pourcentage de femmes enceintes atteintes d'anémie sévère

- **Définition :** Le pourcentage des femmes enceintes avec des taux d'hémoglobines < 50 g/L.
- **Source de données par défaut :** Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. (Tendances globales, régionales et nationales de la concentration d'hémoglobine et de la prévalence de l'anémie totale et sévère chez les femmes enceintes et non enceintes pour 1995 - 2011 : une analyse systématique des données représentatives de la population). *Lancet Global Health* 2013; 1(1): e16-25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103581>. (Données non publiées par les auteurs.)
- **Notes :** Voir la note technique LiST sur "[l'anémie et la mortalité maternelle dans LiST](#)" pour les détails sur comment l'anémie sévère se rapporte au risque de mortalité maternelle.

[En haut](#)

Prévalence de l'indice de masse corporelle (IMC) faible chez les femmes en âge de procréer

- **Définition :** Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans avec un IMC <18.5
- **Source de données par défaut :** Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, Singh GM, Gutierrez HR, Lu Y, Bahalim AN, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. (Tendances régionales, nationales et globales pour l'IMC depuis 1980: Analyse systématique des enquêtes d'examen de santé et études épidémiologiques avec 960 pays-années et 9.1 million participants) *Lancet*. Elsevier Ltd; 2011;377:557-67. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62037-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62037-5) (Données non publiées par les auteurs.)

- **Notes :**

[En haut](#)

1.1.3.3.3 Distributions de l'état nutritionnel

[Distribution de la malnutrition chronique](#) [Distribution de la malnutrition aiguë](#)

Distribution de la malnutrition chronique

- **Définition** : la distribution du pourcentage des enfants qui tombent dans l'une des quatre catégories Z-score pour la taille par rapport à l'âge : $<-3Z$ (malnutrition chronique sévère), -3 à $-2Z$ (malnutrition chronique modérée), -2 à $-1Z$ (malnutrition chronique légère), et $>-1Z$ (sans malnutrition chronique). La malnutrition chronique reflète une dénutrition chronique.
- **Source de données par défaut** : les données ont été recalculées pour des raisons de cohérence entre les pays, en utilisant les ensembles des données EDS et MICS. Cela permet également de garantir que les valeurs reflètent les groupes d'âge d'intérêt exacts.
- **Notes** : les données désagrégées ne sont pas disponibles pour 0-1 et 1-5 mois. En tant qu'approximation, les valeurs de 0-6 mois sont appliquées aux deux groupes d'âge.

[En haut](#)

Distribution de la malnutrition aiguë

- **Définition** : la distribution du pourcentage des enfants qui tombent dans l'une des quatre catégories Z-score pour le poids par rapport à la taille : $<-3Z$ (malnutrition aiguë sévère), -3 à $-2Z$ (malnutrition aiguë modérée), -2 à $-1Z$ (malnutrition aiguë légère), et $>-1Z$ (sans malnutrition aiguë). La malnutrition aiguë reflète une dénutrition sévère.
- **Source de données par défaut** : les données ont été recalculées pour des raisons de cohérence entre les pays, en utilisant les ensembles des données EDS et MICS. Cela permet également de garantir que les valeurs reflètent les groupes d'âge d'intérêt exacts.
- **Notes** : les données ventilées ne sont pas disponibles pour 0-1 et 1-5 mois. En tant qu'approximation, les valeurs de 0-6 mois sont appliquées aux deux groupes d'âge.

[En haut](#)

1.1.3.3.4 Pathogènes

[Diarrhée](#) [Pneumonie](#) [Méningite](#)

Cet onglet de l'éditeur contient des données sur la distribution des pathogènes en l'absence d'interventions efficaces.

Diarrhée

- **Définition** : la proportion de nouveaux cas de diarrhée sévère catégorisés par l'agent pathogène causal. La proportion des décès dus à la diarrhée catégorisés par l'agent pathogène causal. Les deux proportions sont supposées être antérieures à l'introduction du vaccin antirotavirus.
- **Source de données par défaut** : Fischer Walker CL, Rudan I, Liu L, et al. Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. (Charge mondiale de la pneumonie et la diarrhée infantiles). *The Lancet* 2013; 381(9875): 1405-16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23582727>.
- **Notes** : Vaccin B et Vaccin C servent en tant qu'espaces réservés pour un travail d'analyse futur sur la diarrhée.

[En haut](#)

Pneumonie

- **Définition** : la proportion des nouveaux cas de pneumonie sévère catégorisés par l'agent pathogène causal. La proportion des décès dus à la pneumonie catégorisés par l'agent pathogène causal. Les deux proportions sont supposées être antérieures à l'introduction du vaccin antipneumococcique.
- **Source de données par défaut** : Rudan I, O'Brien KL, Nair H, et al. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia in 2010: Estimates of incidence, severe morbidity, mortality, underlying risk factors and causative pathogens for 192 countries. (Epidémiologie et étiologie de la pneumonie infantile en 2010 : estimations de l'incidence, de la morbidité sévère, de la mortalité, des facteurs de risques sous-jacents et des pathogènes causatifs pour 192 pays). *Journal of Global Health* 2013; 3(1). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23826505>. Veuillez consulter le document supplémentaire en ligne.
- **Notes** : veuillez noter que cela ne fait pas référence à tous les cas, mais seulement aux cas sévères.

[En haut](#)

Méningite

- **Définition** : la proportion des nouveaux cas de méningite catégorisés par l'agent pathogène causal. La proportion des décès dus à la méningite catégorisés par l'agent pathogène causal. Les deux proportions sont supposées être antérieures à l'introduction des vaccins anti Hib et antipneumococcique.
- **Source de données par défaut** : Davis S, Feikin D, Johnson HL. The effect of Haemophilus influenzae type B and pneumococcal conjugate vaccines on childhood meningitis mortality: A systematic review. (Les effets de l'Haemophilus influenzae de type B et des vaccins antipneumococciques conjugués sur la mortalité infantile due à la méningite : une revue systématique.) *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847464/>.
- **Notes** :

[En haut](#)

1.1.3.3.5 Mortalité infantile de référence

[Taux de mortalité néonatale](#) [Taux de mortalité chez les moins d'un an](#) [Taux de mortalité chez les moins de cinq ans](#) [Pourcentage des décès des enfants âgés de moins de cinq ans par causes immédiates](#)

Vous pouvez choisir de réviser et de laisser les valeurs par défaut pour la mortalité infantile de référence (le taux de mortalité néonatale, le taux de mortalité des moins d'un an, et le taux de mortalité des moins de cinq ans), ou vous pouvez cliquer n'importe où sur le tableau qui vous intéresse pour commencer à saisir les données. Vous pouvez également réviser les distributions des décès d'enfants âgés de moins de cinq ans par causes immédiates (néonatales et post-néonatales), et ajuster de manière appropriée.

Taux de mortalité néonatale

- **Définition** : le nombre de décès pendant la période néonatale (les 28 premiers mois complets de la vie) pour 1 000 naissances vivantes.
- **Source de données par défaut** : Estimations développées par le Groupe interorganisations de l'ONU pour l'estimation de la mortalité infantile (<http://www.childmortality.org/>).
- **Notes** : toutes les valeurs peuvent être remplacées par les EDS / MICS ou d'autres estimations si elles sont plus appropriées pour l'analyse à réaliser.

[En haut](#)

Taux de mortalité des moins d'un an

- **Définition** : le nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes.
- **Source de données par défaut** : Estimations développées par le Groupe interorganisations de l'ONU pour l'estimation de la mortalité infantile (<http://www.childmortality.org/>).
- **Notes** : toutes les valeurs peuvent être remplacées par les EDS / MICS ou d'autres estimations si elles sont plus appropriées pour l'analyse à réaliser.

[En haut](#)

Taux de mortalité des moins de cinq ans

- **Définition** : la probabilité pour un enfant né à une année ou à une période spécifique de mourir avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans, s'il est soumis aux taux de mortalité par âge de cette période.
- **Source de données par défaut** : Estimations développées par le Groupe interorganisations de l'ONU pour l'estimation de la mortalité infantile (<http://www.childmortality.org/>).
- **Notes** : toutes les valeurs peuvent être remplacées par les EDS / MICS ou d'autres estimations si elles sont plus appropriées pour l'analyse à réaliser.

[En haut](#)

Pourcentage des décès d'enfants âgés de moins de cinq ans par causes immédiates

- **Définition** : la proportion des décès d'enfants âgés de moins de cinq ans dus à l'une des huit causes néonatales (diarrhée, septicémie, pneumonie, asphyxie, prématurité, tétanos, anomalies congénitales, et autres) et neuf causes post-néonatales (diarrhée, méningite, rougeole, paludisme, coqueluche, SIDA, blessure, et autres).
- **Source de données par défaut** : Estimations de l'OMS pour les années 2000 - 2015. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.

Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet* 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27839855>.

- **Notes :** toutes les causes de décès peuvent être modifiées dans ce tableau à l'exception des décès par le VIH, qui sont tirées du Module d'Impact du Sida (AIM). Pour les modifier, vous devez ouvrir et modifier dans AIM. Veuillez également noter que la somme de ces causes devrait être égale à 100%.

[En haut](#)

1.1.3.3.6 Mortalité maternelle de référence

[Taux de mortalité maternelle](#) [Pourcentage des décès maternels par causes immédiates](#)

Vous pouvez choisir de réviser et de laisser les valeurs par défaut du taux de mortalité maternelle et du pourcentage des décès par causes immédiates, ou vous pouvez cliquer n'importe où sur l'écran de l'éditeur pour commencer à saisir les données.

Taux de mortalité maternelle

- **Définition :** le rapport du nombre des décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Un décès maternel est le décès d'une femme pendant sa grossesse ou dans les 42 jours de l'interruption de grossesse, sans tenir compte de la durée et du site de la grossesse, suite à toute cause liée à la grossesse ou aggravée par elle ou par sa gestion, mais non par des causes accidentelles ou fortuites.
- **Source de données par défaut :** OMS, UNICEF, FNUAP, Groupe de la Banque Mondiale et la Division de la population des Nations Unies. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 (Les tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2015). <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
- **Notes :** toutes les valeurs peuvent être remplacées par les EDS / MICS ou d'autres estimations si elles sont plus adaptées à l'analyse à réaliser.

[En haut](#)

Pourcentage des décès maternels par causes immédiates

- **Définition :** la proportion des décès maternels suite à l'une des neuf causes (hémorragie prénatale, hémorragie intrapartum, hémorragie postpartum, troubles hypertensifs, septicémie, avortement, embolie, autres causes directes et causes indirectes).
- **Source de données par défaut :** Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. (Causes globales des décès maternels : une analyse systématique de l'OMS) *Lancet Global Health* 2014; 2(6): e323-33. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103301>. Les données sont tirées de tableaux non publiés associés à cet article.

- **Notes :**

[En haut](#)

1.1.3.3.7 Avortement

[Le pourcentage des grossesses se terminant par un avortement spontané](#) [Rapport d'incidence de l'avortement](#)

Examinez le pourcentage par défaut des grossesses se terminant par un avortement spontané et le rapport d'incidence de l'avortement, et procédez aux modifications nécessaires. Si FamPlan est actif, vous pouvez cliquer sur "Calculer le rapport d'avortement basé sur les résultats de FamPlan" si vous souhaitez que le rapport d'avortement soit calculé à partir des intrants de FamPlan tels que la gamme de méthodes et les déterminants immédiats de la fécondité.

Pourcentage des grossesses se terminant par un avortement spontané

- **Définition** : l'arrêt spontané d'une grossesse à un stade où l'embryon, ou le fœtus, est incapable de survivre indépendamment, généralement défini chez les humains avant 20 semaines de gestation. Les avortements spontanés ne sont pas facilement mesurés et sont, par conséquent, présumés avoisiner 13% des grossesses dans tous les pays.
- **Source de données par défaut** : Gold, R. Abortion and Women's Health: Abortion and Women's Health: A Turning Point for America? (Avortement et santé des femmes : un tournant décisif pour les États-Unis) New York et Washington, DC : The Alan Guttmacher Institute ; 1990.

- **Notes** :

[En haut](#)

Rapport d'incidence de l'avortement

- **Définition** : l'incidence de l'avortement est exprimé sous forme du rapport des avortements pour 100 naissances vivantes.
- **Source de données par défaut** : Sedgh G, Bearak J, Singh S, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. (Incidence de l'avortement entre 1990 et 2014 : tendances et niveaux globaux, régionaux et sous-régionaux), Lancet 2016; 388: 16-22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27179755>. (Calculs non publiés sur la base des taux d'incidence de l'avortement du papier.)
- **Notes** : les valeurs sont exprimées par sous-région.

[En haut](#)

1.1.3.3.8 Mortinatalité

[Taux de mortinatalité](#) [Pourcentage des mortinaissances par cause immédiate](#)

Réviser le taux de mortinatalité et le pourcentage des mortinaissances par cause immédiate, et procédez à tous les changements nécessaires.

Taux de mortinatalité

- **Définition** : le nombre de mortinaissances pour 1 000 naissances. Pour des comparaisons internationales, l'OMS considère les mortinaissances comme des pertes de grossesse à 28 semaines de grossesse ou après, ou un poids à la naissance d'au moins 1 000 grammes.
- **Source de données par défaut** : estimations de l'OMS pour les années 2000-2015. Données disponible à : <http://dx.doi.org/10.17037/DATA.25>.

Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Global Health* 2016; 4(2): e98-108. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26795602>.

- **Notes** :

[En haut](#)

Pourcentage des mortinaissances par cause immédiate

- **Définition** : les mortinaissances ne sont pas catégorisées par cause en raison d'un manque de données. Elles sont plutôt catégorisées par période de temps, antépartum (avant l'accouchement) et intrapartum (pendant l'accouchement).
- **Source de données par défaut** : Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. (Mortinaissances : taux, facteurs de risques, et accélération en vue de 2030). *Lancet* 2016; 387: 587-603. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26794078>. (Annexe supplémentaire)

- **Notes** : les valeurs sont par région.

[En haut](#)

1.1.3.3.9 Situation du ménage

[Pauvreté / sécurité alimentaire](#) [Taille moyenne des ménages](#)

Réviser les valeurs par défaut de la pauvreté / sécurité alimentaire et la taille moyenne des ménages et procédez aux changements nécessaires.

Pauvreté / sécurité alimentaire

- **Définition** : le pourcentage de la population vivant avec moins de 1,90 USD par jour conformément à la parité de pouvoir d'achat (ajusté aux dollars internationaux de 2011).
- **Source de données par défaut** : Banque Mondiale, Groupe de recherche sur le développement. Proportion du nombre de pauvres à 1,90 USD par jour (PPP) (% de la population). <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.DDAY>.

Si les taux au niveau national n'étaient pas disponibles, des estimations par [groupe de niveau de revenus des pays](#) de la Banque Mondiale ont été utilisées.

- **Notes** : cela n'est utilisé que pour déterminer le pourcentage de la population pouvant bénéficier d'une supplémentation d'énergie équilibrée (maternelle) ou d'une supplémentation et d'une éducation sur l'alimentation complémentaire.

[En haut](#)

Taille moyenne des ménages

- **Définition** : le nombre moyen de personnes vivant dans un ménage.
- **Source de données par défaut** : les données sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale.
- **Notes** : cela n'est utilisé que pour estimer les ménages nécessaires aux fins d'établissement des coûts.

[En haut](#)

1.1.3.4 Couverture

Cette rubrique décrit les types d'interventions disponibles dans *LIST* pour modification. Chaque type est caractérisé soit par le moment où l'intervention est fournie (par exemple: pendant la grossesse), soit par le mode d'activité (à savoir, vaccins ou mesures curatives). Tous les éléments inclus dans les catégories de l'allaitement, des mesures préventives, des vaccins, et des mesures curatives se produisent après la naissance. Sélectionnez un des types / une des périodes pour en savoir plus sur toutes les interventions qui sont incluses.

Pour saisir les données de couverture :

1. Cliquez sur l'onglet pour l'écran de l'éditeur sur lequel vous souhaitez travailler, pour ramener cet écran au premier plan.
2. Réviser les valeurs par défaut listées pour chaque intervention relative à la santé de l'enfant pour toutes les années affichées.
3. Modifiez manuellement les cibles de la couverture pour les années futures au-delà de la première année d'intervention si vous possédez des données qui, à votre avis, sont plus précises que les données listées. *Si vous souhaitez faire de cette première projection un scénario du type "ne rien faire" (ou un scénario imaginaire et théorique pour les changements de couverture visés), où la couverture d'intervention est par défaut maintenue constante depuis la première année d'intervention, ne modifiez pas les valeurs par défaut après la première année d'intervention. Cliquez sur "Ok" et enregistrez la projection via l'onglet "Accueil" du menu de Spectrum. Puis, procédez à la révision des valeurs d'efficacité.*
4. Modifiez les valeurs de la couverture depuis la première année d'intervention à l'année cible. **En modifiant la cible, vous pourrez projeter l'impact sur la survie de l'enfant dans votre pays.** Le plus souvent, les utilisateurs définissent une cible pour la dernière année de la projection (2015 dans le cas des OMD) et interpoler entre l'année de base et l'année cible.
5. Pour modifier facilement cette couverture, vous pouvez définir la couverture dans l'année cible et surligner depuis la première année d'intervention à l'année cible. Puis, cliquez droit et faites défiler jusqu'à "interpoler". Il existe quatre différentes options d'interpolation. Choisissez celle qui s'adapte le mieux à vos données. Utilisez la fonction Dupliquer si vous souhaitez que plusieurs cases de données attenantes sur une ligne ou une colonne aient la même valeur.

1.1.3.4.1 Période périconceptuelle

[Utilisation de contraceptifs](#) [Supplémentation en acide folique / fortification](#) [Supplémentation en duvet de fer / fortification](#) [Services d'avortement sans danger](#) [Gestion des cas post-avortement](#)
[Gestion des cas de grossesses ectopiques](#)

Utilisation de contraceptifs

- **Définition** : la couverture et l'efficacité des interventions de la Planification familiale sont spécifiées dans le module FamPlan.

[En haut](#)

Supplémentation en acide folique / fortification

- **Définition** : le pourcentage des femmes de 15-49 ans qui prennent des suppléments d'acide folique (5,0 mg d'acide folique par jour) ou ont une fortification alimentaire adéquate autour de la période de grossesse.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture de cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Actuellement définies à 0 comme référence ; l'utilisateur/trice devrait saisir les données locales si possible et si disponibles.
- **Notes** : ce n'est pas le même indicateur que la supplémentation en fer / en folate pendant la grossesse.

Si l'utilisateur/trice souhaite modéliser la supplémentation en acide folique pendant la période périconceptuel, la taille de l'effet devrait être modifié à 0.62. Les deux valeurs viennent du même article, cité directement ci-dessous.

- **Référence sur la taille de l'effet** : Blencowe H, Cousens S, Modell B, et al. Folic acid to reduce neonatal mortality from neural tube disorders. (Acide folique pour réduire la mortalité néonatale suite à des troubles du tube neural). *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i110-i121. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845867/>.

Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. The effect of folic acid, protein energy and multiple micronutrient supplements in pregnancy on stillbirths. (L'effet des suppléments d'acide folique, protéino-énergétiques et de micronutriments multiples pendant la grossesse sur les mortinaissances). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231910/>.

De-Regil LM, Pena-Rosas JP, Fernandez-Gaxiola AC, et al. Effects and safety of periconceptual oral folate supplementation for preventing birth defects. (Les effets et l'innocuité de la supplémentation en folate par voie orale périconceptuelle pour éviter les anomalies congénitales). *Cochrane Database Syst Rev* 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26662928>.

[En haut](#)

Supplémentation de fer à grande échelle / fortification

- **Définition** : le pourcentage des femmes de 15-49 ans qui prennent des suppléments de fer quotidiennement ou qui ont une fortification alimentaire adéquate autour de la période de grossesse.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture de cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Actuellement définies à 0 comme référence ; l'utilisateur devrait saisir les données locales si possible et si disponibles.
- **Notes** : ceci n'est pas le même indicateur que la supplémentation en fer pendant la grossesse.

La taille de l'effet utilisé par LiST est pour la supplémentation quotidienne parmi les femmes qui menstruent. Si l'utilisateur/trice souhaite plutôt modéliser la fortification en fer des aliments de base, la taille de l'effet recommandé est 0.36 (effet de la fortification en fer de l'anémie, études dans les pays de faibles et moyens revenus [Das et al. 2013](#)).

- **Référence de la taille de l'effet** : Low MS, Speedy J, Styles CE, et al. Daily iron supplementation for improving anaemia, iron status and health in menstruating women. (Supplémentation en fer quotidienne pour améliorer l'anémie, le statut en fer et la santé chez les femmes en période de menstruation). *Cochrane Database Syst Rev* 2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27087396>.

[En haut](#)

Services d'avortement sans danger

- **Définition** : parmi les femmes qui subissent un avortement, le pourcentage de celles qui ont un avortement sans danger (défini par D&C, aspiration, ou avortement médical).
- **Source de données par défaut** : Sedgh G, Singh S, Shah IH, et al. Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. (Avortement provoqué : incidence et tendances dans le monde entier de 1995 à 2008). *Lancet* 2012; 379(9816): 625-32. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22264435>.
- **Notes** : les estimations par pays ne sont pas disponibles. Les données régionales sont utilisées.
- **Référence de la taille de l'effet** : Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. (Estimation de l'impact des interventions sur la mortalité maternelle par cause spécifique : une approche Delphi). *BMC Public Health* 2013, 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[En haut](#)

Gestion des cas post-avortement

- **Définition** : le pourcentage des femmes qui ont eu un avortement et qui ont obtenu la gestion post-avortement adéquate au niveau de soins obstétricaux d'urgence primaires.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture de cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Actuellement définies à 0 comme référence ; l'utilisateur devrait saisir les données locales si possible et si disponibles.

- **Notes :**

- **Référence de la taille de l'effet :** Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. (Estimation de l'impact des interventions sur la mortalité maternelle par cause spécifique : une approche Delphi). *BMC Public Health* 2013, 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[En haut](#)

Gestion des cas de grossesse ectopique

- **Définition :** le pourcentage des femmes avec une grossesse ectopique qui reçoivent une gestion de cas au niveau de soins obstétricaux d'urgence primaires.
- **Source de données par défaut :** les données de couverture de cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Actuellement définies à 0 comme référence ; l'utilisateur devrait saisir les données locales si possible et si disponibles.

- **Notes :**

- **Référence de la taille de l'effet :** Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. (Estimation de l'impact des interventions sur la mortalité maternelle par cause spécifique : une approche Delphi). *BMC Public Health* 2013, 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[En haut](#)

1.1.3.4.2 Grossesse

[Consultations prénatales](#) [TT - vaccination à l'anatoxine tétanique](#) [TPIp - femmes enceintes protégées par le traitement préventif intermittent contre le paludisme](#) [Détection et traitement de la syphilis](#) [Supplémentation en calcium](#) [Supplémentation en micronutriments multiples](#) [Supplémentation en fer](#) [Supplémentation équilibrée en énergie-protéines](#) [Gestion des cas de troubles hypertensifs](#) [Gestion des cas de diabète](#) [Gestion des cas de paludisme](#) [MgSO₄ - Gestion de la pré-éclampsie](#) [RCIU - détection et gestion du retard de croissance intra-utérin](#) [PTME - Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant](#)

Consultations prénatales

- **Définition :** le pourcentage des femmes qui ont fait 4 ou plus consultations prénatales, pendant leur grossesse (CPN 4+).
- **Source de données par défaut :** les données de couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale.
- **Notes :** ceci n'a pas d'impact direct et n'est pas présentement affiché dans l'éditeur LiST. Il est utilisé comme composant dans les formules de régression utilisées pour déterminer la couverture de certaines interventions fournies lors de visites pré-natales. Pour les détails des calculs de couverture des interventions de soins pré-natals dans LiST, veuillez consulter cette [note technique LiST](#) ainsi que la publication par [Kanyangarara and Chou, 2017](#).

Kanyangara M and Chou V. Linking household surveys and health facility assessments to estimate intervention coverage for the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health* 2017; 17(Suppl 4):780. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29143639>.

[En haut](#)

TT - vaccination à l'anatoxine tétanique

- **Définition** : le pourcentage des nouveaux-nés qui sont protégés à la naissance (PAN) contre l'infection tétanique. Le PAN est défini comme le pourcentage des femmes qui ont reçu deux doses d'anatoxine tétanique au cours de cette grossesse ou ont : reçu au moins deux doses, la dernière dans les 3 dernières années ; reçu au moins trois doses, la dernière dans les 5 dernières années ; reçu au moins 4 doses, la dernière dans les 10 dernières années ; ont reçu au moins cinq doses au cours de leur vie. Également connu sous le nom de TT2+.
- **Source de données par défaut** : OMS / UNICEF. Surveillance, estimation et suivi de la vaccination. Indicateur "Protégés à la naissance", (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragepub.html). Les données les plus récentes disponibles concernent 2013.
- **Notes** : les données par défaut peuvent être remplacées par des données tirées des EDS / MICS, ou d'autres sources, le cas échéant.
- **Référence de la taille de l'effet** : Blencowe H, Lawn J, Vandelaer J, et al. Vaccination antitétanique pour réduire la mortalité due au tétanos néonatal. *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i102-i109. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845866/>.

[En haut](#)

TPIp - femmes enceintes protégées par le traitement préventif intermittent contre le paludisme

- **Définition** : le pourcentage des femmes enceintes recevant 2 doses ou plus de Sp / Fansidar au cours de la grossesse.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture de cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale. Cela inclut également les enquêtes sur les indicateurs du paludisme.
- **Notes** : par défaut, cet indicateur ne peut être modifié que si le gouvernement national recommande le TPIp. Il peut être modifié dans l'onglet "[État de santé de référence de l'enfant](#)" du menu "État de santé, mortalité, et situation économique".

L'effet n'est appliqué qu'aux première et seconde grossesses parmi les femmes exposées au paludisme.

Si les données sur Sp/Fansidar ne sont pas disponibles pour un pays donné, les données sur le pourcentage des femmes enceintes dormant sous une moustiquaire traitée à l'insecticide (MTI) peuvent être utilisées à la place.

- **Référence de la taille de l'effet** : Eisele TP, Larsen D, Steketee RW. Protective efficacy of interventions for preventing malaria mortality in children in Plasmodium falciparum endemic areas (Efficacité protectrice des interventions pour prévenir la mortalité infantile dans les régions où le Plasmodium falciparum est endémique). *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i88-i10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845865/>. (La taille de l'effet pour l'utilisation de la MTI est utilisée comme un indicateur supplétif pour TPIp.)

Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach (Estimation de l'impact des interventions relatives à la mortalité maternelle par cause spécifique : une approche Delphi). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

Ishaque S, Yakoob MY, Imdad A, et al. Effectiveness of interventions to screen and manage infections during pregnancy on reducing stillbirths: A review. (Efficacité des interventions pour le dépistage et la gestion des infections pendant la grossesse sur la réduction de la mortinatalité : une revue). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231903/>. (La taille de l'effet pour l'utilisation de la MTI est utilisée comme indicateur supplétif du TPIp.)

Radeva-Petrova D, Kayentao K, Ter Kuile FO, et al. Drugs for preventing malaria in pregnant women in endemic areas: Any drug regimen versus placebo or no treatment. (Médicaments pour prévenir contre le paludisme chez les femmes enceintes dans les régions endémiques : tout régime médicamenteux par rapport à un placebo ou sans traitement). *Cochrane Database Syst Rev* 2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4498495/>.

[En haut](#)

Détection et traitement de la syphilis

- **Définition** : le pourcentage des femmes enceintes testées pour la syphilis et qui ont reçu un traitement, si nécessaire.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. En tant qu'indicateur, il est supposé qu'un certain pourcentage de femmes qui assistent à 4 visites, ou plus, de soins prénatals (SP4+) seront correctement dépistées et gérées. Pour les détails sur cette calculation, veuillez consulter la [note technique LiST](#) la publication par [Kanyangara et Chou, 2017](#).

Kanyangara M and Chou V. Linking household surveys and health facility assessments to estimate intervention coverage for the Lives Saved Tool (LiST) (Relier les enquêtes ménage et les évaluations de centres de santé pour estimer la couverture pour l'Outil de Vies Sauvées (LiST) . *BMC Public Health* 2017; 17(Suppl 4):780. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29143639>.

- **Notes** :

- **Référence de la taille de l'effet** : Blencowe H, Cousens S, Kamb M, et al. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. (La détection et le traitement supplémentaires de la syphilis de l'Outil des Vies Sauvées pendant la grossesse pour réduire la mortinatalité et la mortalité néonatale

liées à la syphilis). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501460>.

[En haut](#)

Supplémentation en calcium

- **Définition** : le pourcentage des femmes enceintes prenant 1 g de calcium par jour.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture de cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Actuellement définies à 0 comme référence ; l'utilisateur/trice devrait saisir les données locales si possible et si disponibles.
- **Notes** : La taille de l'effet s'applique au pourcentage de la population vivant avec moins de \$1.90 par jour (une estimation pour le pourcentage de personnes en insécurité alimentaire). Cette valeur spécifique au pays disponible dans l'onglet "Etat de santé, mortalité et status économique", sous "Etat du ménage".
- **Référence de la taille de l'effet** : Jabeen M, Yakoob MY, Imdad A, et al. Impact of interventions to prevent and manage preeclampsia and eclampsia on stillbirths. (Impact des interventions pour prévenir et gérer la pré-éclampsie et l'éclampsie sur les mortinaissances). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231912/>.

Ronsmans C, Campbell O. Quantifying the fall in mortality associated with interventions related to hypertensive diseases of pregnancy. (Quantification de la chute de la mortalité associée aux interventions relatives aux maladies hypertensives de la grossesse). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501459>.

Imdad A, Jabeen A, Bhutta, ZA. Role of calcium supplementation during pregnancy in reducing risk of developing gestational hypertensive disorders: a meta-analysis of studies from developing countries. (Supplémentation en calcium pendant la grossesse pour prévenir les troubles hypertensifs et les problèmes y afférents). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S18.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231891/>.

[En haut](#)

Supplémentation en micronutriments multiples

- **Définition** : le pourcentage des femmes enceintes prenant quotidiennement des suppléments de micronutriments multiples. Les suppléments de micronutriments multiples sont définis comme un supplément contenant au moins du fer, du folate, et des vitamines / minéraux supplémentaires.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Actuellement définies à 0 comme point de référence ; l'utilisateur peut saisir des données locales, si possible et si disponibles.
- **Notes** : la somme de la supplémentation en micronutriments multiples et de la supplémentation en fer ne peut pas être supérieure à 100%.

- **Référence de la taille de l'effet** : Smith ER, Shankar AH, Wu LSF, et al. Modifiers of the effect of maternal multiple micronutrient supplementation on stillbirth, birth outcomes, and infant mortality: a meta-analysis of individual patient data from 17 randomised trials in low-income and middle-income countries. (Modificateurs de la supplémentation en micronutriments multiples maternelle sur la mortalité, les résultats de naissance, et la mortalité infantile: une méta-analyse des données de patients individuels de 17 essais aléatoires dans des pays à faible et moyen revenus). *Lancet Global Health* 2017; 5(11): e1090-e1100. [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30371-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30371-6/fulltext)

[En haut](#)

Supplémentation en fer

- **Définition** : le pourcentage des femmes enceintes prenant un supplément de fer quotidien, pendant au moins 90 jours.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale.
- **Notes** : la somme de la supplémentation en fer et de la supplémentation en micronutriments multiples ne peut pas être supérieure à 100%.
- **Référence de la taille de l'effet** : Pena-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, et al. Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26198451>

[En haut](#)

Supplémentation en énergie-protéines équilibrée

- **Définition** : le pourcentage des femmes enceintes avec une insécurité alimentaire qui reçoivent une supplémentation équilibrée en énergie-protéines.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture de cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Présentement définies à 0 comme référence ; l'utilisateur devrait saisir les données locales si possible et si disponibles.
- **Notes** : la taille de l'effet est appliquée au pourcentage de la population vivant avec moins de 1,90 USD par jour, utilisé comme indicateur pour l'insécurité alimentaire (l'onglet "[Situation du ménage](#)" du menu "État de santé, mortalité, et situation économique").
- **Référence de la taille de l'effet** : Imdad A, Bhutta ZA. Effect of balanced protein energy supplementation during pregnancy on birth outcomes. (Effet d'une supplémentation en énergie-protéines équilibrée pendant la grossesse sur les résultats de la naissance). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0031506/>.

Ota E, Hori H, Mori R, et al. Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake. (Education et supplémentation alimentaires prénatales pour

augmenter l'apport en énergie et en protéines). *Cochrane Database Syst Rev* 2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26031211>.

- **Référence pour la fraction affecté:** Jackson BD, Walker N, Heidkamp R. Metrics for Identifying Food Security Status and the Population with Potential to Benefit from Nutrition Interventions in the Lives Saved Tool (LiST). *J Nutrition* 2017, 147(11S): 2147S-2155S.
<https://doi.org/10.3945/jn.116.243808>

[En haut](#)

Gestion des cas de troubles hypertensifs

- **Définition :** le pourcentage des femmes recevant une détection et une gestion adéquate de l'hypertension modérée à sévère pendant la grossesse.
- **Source de données par défaut :** les données de couverture pour cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. A titre indicatif, la couverture est calculée en utilisant une formule de régression basée sur les composantes de la consultation prénatale disponibles dans les enquêtes EDS/MICS (par exemple: timing de la première consultation prénatale, prise d'échantillons sanguins, prise d'échantillons d'urine, couverture en CPN4+). Pour les détails sur ces calculs, veuillez consulter la [note technique LiST](#) et la publication par [Kanyangarara et Chou, 2017](#).

Kanyangara M and Chou V. Linking household surveys and health facility assessments to estimate intervention coverage for the Lives Saved Tool (LiST). (Relier les enquêtes ménage et les évaluations de centres de santé pour estimer la couverture pour l'Outil de Vies Sauvées (LiST)). *BMC Public Health* 2017; 17(Suppl 4):780.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29143639>.

- **Notes :**
- **Référence de la taille de l'effet :** Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. (Estimation de l'impact des interventions sur la mortalité maternelle par cause spécifique : une approche Delphi). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[En haut](#)

Gestion des cas de diabètes

- **Définition :** le pourcentage des femmes enceintes dépistées pour le diabète et gérées correctement, si nécessaire.
- **Source de données par défaut :** les données de couverture pour cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. A titre indicatif, la couverture est calculée en utilisant une formule de régression basée sur les composantes de la consultation prénatale disponibles dans les enquêtes EDS/MICS (par exemple: timing de la première consultation prénatale, prise d'échantillons sanguins, prise d'échantillons d'urine, couverture en CPN4+). Pour les détails sur ces calculs, veuillez consulter la [note technique LiST](#) et la publication par [Kanyangarara et Chou, 2017](#).

Kanyangara M and Chou V. Linking household surveys and health facility assessments to estimate intervention coverage for the Lives Saved Tool (LiST). (Relier les enquêtes ménage et les évaluations de centres de santé pour estimer la couverture pour l'Outil de Vies Sauvées (LiST)). *BMC Public Health* 2017; 17(Suppl 4):780. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29143639>.

- **Notes** : cela n'a présentement un impact que sur les mortinaissances.
- **Référence de la taille de l'effet** : Syed M, Javed H, Yakoob MY, et al. Effect of screening and management of diabetes during pregnancy on stillbirths. (Effet du dépistage et de la gestion du diabète pendant la grossesse sur les mortinaissances). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231893/>.

[En haut](#)

Gestion des cas de paludisme

- **Définition** : le pourcentage des femmes atteintes du paludisme et qui sont gérées correctement.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. A titre indicatif, la couverture est calculée en utilisant une formule de régression basée sur les composantes de la consultation prénatale disponibles dans les enquêtes EDS/MICS (par exemple: timing de la première consultation prénatale, prise d'échantillons sanguins, prise d'échantillons d'urine, couverture en CPN4+). Pour les détails sur ces calculs, veuillez consulter la [note technique LiST](#) et la publication par [Kanyangarara et Chou, 2017](#).

Kanyangara M and Chou V. Linking household surveys and health facility assessments to estimate intervention coverage for the Lives Saved Tool (LiST). (Relier les enquêtes ménage et les évaluations de centres de santé pour estimer la couverture pour l'Outil de Vies Sauvées (LiST)). *BMC Public Health* 2017; 17(Suppl 4):780. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29143639>.

- **Notes** : l'intervention couvre toute la période entre la conception et les six semaines après l'accouchement.
- **Référence de la taille de l'effet** : Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimation de l'impact des interventions sur la mortalité maternelle par cause spécifique : une approche Delphi. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[En haut](#)

MgSO₄- Gestion de la pré-éclampsie

- **Définition** : le pourcentage des femmes avec une pré-éclampsie qui sont traitées avec du sulfate de magnésium (4-6 g) par voie intraveineuse.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. A titre indicatif, la couverture est calculée en utilisant une formule de régression basée sur les composantes de la consultation prénatale disponibles dans

les enquêtes EDS/MICS (par exemple: timing de la première consultation prénatale, prise d'échantillons sanguins, prise d'échantillons d'urine, couverture en CPN4+). Pour les détails sur ces calculs, veuillez consulter la [note technique LiST](#) et la publication par [Kanyangara et Chou, 2017](#).

Kanyangara M and Chou V. Linking household surveys and health facility assessments to estimate intervention coverage for the Lives Saved Tool (LiST). (Relier les enquêtes ménage et les évaluations de centres de santé pour estimer la couverture pour l'Outil de Vies Sauvées (LiST)). *BMC Public Health* 2017; 17(Suppl 4):780.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29143639>.

- **Notes :**

- **Référence de la taille de l'effet :** Ronsmans C, Campbell O. Quantifying the fall in mortality associated with interventions related to hypertensive diseases of pregnancy. (Quantification de la chute de la mortalité associée aux interventions liées aux maladies hypertensives de la grossesse). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S8.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501459>.

Jabeen M, Yakoob MY, Imdad A, et al. Impact of interventions to prevent and manage preeclampsia and eclampsia on stillbirths. (Impact des interventions pour prévenir et gérer la pré-éclampsie et l'éclampsie sur les mortinaissances). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231912/>.

[En haut](#)

RCIU - Détection et gestion du retard de croissance intra-utérin

- **Définition :** le pourcentage des grossesses dépistées pour le retard de croissance intra-utérin (y compris, l'IMC, la hauteur du fond utérin, une échographie et / ou un Doppler) et gérées avec une intervention obstétrique adéquate, y compris un accouchement précoce, si nécessaire.
- **Source de données par défaut :** les données de couverture de cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Actuellement définies à 0 comme référence ; l'utilisateur devrait saisir les données locales si possible et si disponibles.
- **Notes :** Sur la base d'une revue par Imdad et collègues, l'impact de la détection et de la gestion du retard de croissance intra-utérin a été ajouté à LiST. (Imdad A, Yakoob MY, Siddiqui S, et al. Screening and triage of intrauterine growth restriction (IUGR) in general population and high risk pregnancies: a systematic review with a focus on reduction of IUGR related stillbirths. [Dépistage et triage du retard de croissance intra-utérin (RCIU) dans la population générale et les grossesses à haut risque : une revue systématique mettant l'accent sur la baisse des mortinaissances dues au RCIU]. *BMC Public Health* 2011, 11(Suppl 3): S1.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231882/>.) La revue a constaté que la détection et la gestion adéquates du RCIU (retard de croissance intra-utérin) pourraient réduire les mortinaissances de 20%. Cependant, cette analyse dépend d'une gestion adéquate, incluant souvent le déclenchement du travail et les césariennes, qui peuvent ne pas être disponibles dans les structures à faibles ressources. Par ailleurs, en produisant des naissances antérieures, la gestion réduit les mortinaissances, mais l'enfant de la naissance en résultant peut être prématuré et une gestion adéquate des bébés prématurés, en particulier des très prématurés,

peut ne pas être disponible. Les utilisateurs qui choisissent d'intensifier le RCIU devraient connaître ces difficultés et devront spécifier l'efficacité de l'intervention.

- **Référence de la taille de l'effet :** la taille de l'effet est actuellement définie à 0 (voir ci-dessus) ; utilisez le menu "[Efficacité](#)" pour modifier, si nécessaire.

[En haut](#)

PTME - Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

- **Définition :** la couverture et l'efficacité des interventions de PTME sont spécifiées dans le module AIM.
- **Source de données par défaut :**
- **Notes :**

[En haut](#)

1.1.3.4.3 Accouchement

[Présence d'un personnel qualifié à l'accouchement \(PQA\)](#) [Accouchement dans un établissement de santé](#) [Accouchement sans assistance](#) [Accouchement assisté à domicile](#) [Soins essentiels SONUP](#) [SONUC](#) [Pratiques d'accouchement propres](#) [Estimation et stimulation immédiates](#) [Gestion du travail et de l'accouchement](#) [Réanimation néonatale](#) [Corticostéroïdes anténatals pour le travail prématuré](#) [Antibiotiques pour RPMP](#) [MgSO₄](#) [Gestion de l'éclampsie](#) [GATPA - Gestion active de la troisième phase de l'accouchement](#) [Déclenchement du travail pour les grossesses de 41+ semaines](#)

Dans l'onglet "Accouchement", LiST calculera automatiquement les distributions des niveaux d'accouchement et de couverture des interventions liées à l'accouchement, sauf si vous avez décoché "Autoriser LiST à calculer le lieu et le niveau d'accouchement" pour changer manuellement le niveau et le lieu de l'accouchement ou décochez "Autoriser LiST à calculer les couvertures des interventions" pour saisir manuellement la couverture pour les interventions liées à l'accouchement.

Veillez noter que pour modifier manuellement la couverture des interventions liées à l'accouchement, vous devez (après avoir décoché "Autoriser LiST à calculer les couvertures des interventions") spécifier quelles interventions liées à l'accouchement sont disponibles, à quel niveau de soins, avant de passer à l'onglet pour chaque niveau d'accouchement pour saisir les valeurs de couverture. La couverture pour chaque intervention peut être saisie sous forme de pourcentage de tous les accouchements, ou sous forme du pourcentage de ce niveau d'accouchement spécifique. Si vous devez revenir à la case où vous spécifiez la disponibilité des interventions liées à l'enfant, vous devez recocher, puis décocher la case "Autoriser LiST à calculer les couvertures des interventions". Pour cela, vous devez ressaisir tous les changements effectués.

Accouchement assisté par un personnel qualifié

- **Définition :** le pourcentage des enfants nés en présence d'un personnel qualifié, y compris des médecins, des infirmières ou des sages-femmes, dans un établissement ou à domicile. Un personnel qualifié à domicile est défini comme un(e) accoucheur/euse qualifié(e) qui accouche le bébé à domicile sans bénéficier d'une orientation vers un établissement en cas d'urgence. Un

personnel qualifié dans un établissement est défini comme un(e) accoucheur/euse médicalement qualifié(e) qui a la capacité et les installations nécessaires pour surveiller le progrès du travail avec un partogramme et détecter les complications. L'épisiotomie est disponible, si nécessaire. Le contrôle des infections est couvert par les pratiques d'accouchement sanitaires.

- **Source de données par défaut :** les données de couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale.
- **Notes :** cette intervention n'a pas d'effet seule. Elle est utilisée pour calculer la couverture des interventions liées à l'accouchement à domicile. Voir les accouchements assistés à domicile ci-dessous. La valeur du PQA doit être supérieure ou égale aux Accouchements en établissement. (Nous savons que tous les accouchements en établissement n'ont pas d'accoucheur qualifié. Cependant, en l'absence de données supplémentaires, nous avons choisi d'émettre cette hypothèse.)

Dans EasyLIST, lorsqu'une intervention est sélectionnée, l'autre doit également être sélectionnée.

[En haut](#)

Accouchement dans un centre de santé

- **Définition :** le pourcentage des enfants nés dans un centre de santé.
- **Source de données par défaut :** les données de couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale.
- **Notes :** cette intervention n'a pas d'effet seule. Elle est utilisée pour calculer la couverture estimée de toutes les interventions médicales liées à l'accouchement en présence d'un personnel qualifié à l'accouchement.

[En haut](#)

Accouchement non assisté

- **Définition :** le pourcentage des accouchements à domicile sans la présence d'un personnel qualifié.
- **Source de données par défaut :** cela est calculé en soustrayant le pourcentage des naissances avec personnel qualifié de 100% de toutes les naissances.
- **Notes :** cette valeur ne peut être modifiée qu'en ajustant les autres valeurs d'Accouchement dans un centre de santé et accouchement assisté par un personnel qualifié. La somme des cinq niveaux d'accouchement doit être de 100%. Il est supposé qu'il n'y a pas d'orientation en cas de complications et qu'un accouchement non assisté est le plus haut niveau de soins disponibles.

[En haut](#)

Accouchement assisté à domicile

- **Définition** : le pourcentage des accouchements à domicile en présence d'un personnel qualifié à l'accouchement.
- **Source de données par défaut** : si la case "Autoriser LiST à calculer le lieu et le niveau d'accouchement" est cochée, cela est automatiquement calculé en tant que personnel qualifié moins l'Accouchement dans un centre de santé.
- **Notes** : il est supposé qu'il n'y a pas d'orientation vers un établissement en cas de complications et que le personnel qualifié à domicile est le plus haut niveau de soins disponibles pour les femmes.

[En haut](#)

Soins essentiels

- **Définition** : les accouchements à ce niveau de soins sont supposés être dispensés dans des établissements qui incluent la surveillance de l'évolution du travail avec un partogramme, la détection des complications, le contrôle des infections par un accouchement propre, et de l'épisiotomie, si nécessaire. Pour le nouveau-né, cela inclut des pratiques de soins de routine, y compris le séchage immédiat, le contact peau-à-peau ou l'enveloppement immédiat pour les soins thermaux, et la coupure propre du cordon.

Dans LiST, l'hypothèse par défaut est que tous les établissements de soins essentiels fournissent des pratiques d'accouchement propres, l'évaluation et la stimulation immédiate du nouveau-né, la gestion du travail et de l'accouchement. Cela peut être modifié en décochant la case intitulée "Autoriser LiST à calculer les couvertures des interventions" dans l'onglet "Accouchement".

- **Source de données par défaut** : le pourcentage des accouchements à ce niveau est calculé à partir d'Accouchement en établissements de santé (AccouchEtab) conformément à la formule suivante :
 - Si AccouchEtab est inférieur à 30%, alors les accouchements avec des soins essentiels représentent 90% d'AccouchEtab.
 - Si AccouchEtab est entre 30% et 50%, alors les accouchements avec des soins essentiels représentent 50% d'AccouchEtab.
 - Si AccouchEtab est entre 50% et 95%, alors les accouchements avec des soins essentiels représentent 25% d'AccouchEtab.
 - Si AccouchEtab est égal ou supérieur à 95%, alors les accouchements avec des soins essentiels représentent 0% d'AccouchEtab.
- **Notes** : il est supposé qu'il n'y a pas d'orientation vers un établissement SONUP ou SONUC en cas de complications et que les Soins essentiels représentent le plus haut niveau de soins disponibles pour les femmes.

[En haut](#)

SONUP

- **Définition** : les accouchements à ce niveau de soins sont supposés être dispensés dans des établissements qui répondent aux directives de l'OMS en matière de Soins obstétricaux et
-

néonataux d'urgence primaires (SONUP). Les établissements SONUP doivent être en mesure de réaliser sept fonctions de signal : administrer des antibiotiques parentéraux ; administrer des anticonvulsifs parentéraux ; administrer des oxytociques parentéraux ; le retrait manuel du placenta ; le retrait de tous les produits retenus (aspiration à vide manuelle) ; l'accouchement vaginal assisté (avec ventouse obstétricale ou forceps) ; la réanimation néonatale avec un ballon et un masque.

Dans LiST, l'hypothèse par défaut est que les établissements dispensant des SONUP fournissent des pratiques d'accouchement propres, l'évaluation et la simulation immédiates du nouveau-né, la gestion du travail et de l'accouchement, la réanimation néonatale, les antibiotiques pour RPMP, la gestion de l'éclampsie MgSO₄, et la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA). Cela peut être modifié en décochant la case intitulée "Autoriser LiST à calculer les couvertures des interventions" dans l'onglet "Accouchement".

- **Source de données par défaut :** le pourcentage des accouchements à ce niveau est calculé à partir d'Accouchement en établissements de santé (AccouchEtab) conformément à la formule suivante :
 - Si AccouchEtab est inférieur à 30%, alors les accouchements SONUP représentent 0% d'AccouchEtab.
 - Si AccouchEtab est entre 30% et 50%, alors les accouchements SONUP représentent 30% d'AccouchEtab.
 - Si AccouchEtab est entre 50% et 95%, alors les accouchements SONUP représentent 15% d'AccouchEtab.
 - Si AccouchEtab est supérieur ou égal à 95%, alors les accouchements SONUP représentent 0% d'AccouchEtab.
- **Notes :** il est supposé qu'il n'y a pas d'orientation vers un établissement SONUC en cas de complications et que les SONUP représentent le plus haut niveau de soins disponibles pour les femmes.

[En haut](#)

SONUC

- **Définition :** les accouchements à ce niveau de soins sont supposés être dispensés dans des établissements qui répondent aux directives de l'OMS en matière de Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC). Les établissements SONUC doivent être en mesure de réaliser sept fonctions de signal SONUP plus les opérations (par exemple, la césarienne) et les transfusions de sang.

Dans LiST, l'hypothèse par défaut est que tous les établissements SONUC fournissent des pratiques d'accouchement propres, l'évaluation et la stimulation immédiates du nouveau-né, la gestion du travail et de l'accouchement, la réanimation néonatale, les antibiotiques pour la RPMP, la gestion de l'éclampsie MgSO₄, la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA), et le déclenchement du travail pour les grossesses de 41 semaines ou plus. Cela peut être modifié en décochant la case intitulée "Autoriser LiST à calculer les couvertures des interventions" dans l'onglet "Accouchement".

- **Source de données par défaut :** le pourcentage des accouchements à ce niveau est calculé à partir d'Accouchement en établissements de santé (AccouchEtab) conformément à la formule suivante :

- Si AccouchEtab est inférieur à 30%, alors les accouchements SONUC représentent 10% d'AccouchEtab.
- Si AccouchEtab est entre 30% et 50%, alors les accouchements SONUC représentent 20% d'AccouchEtab.
- Si AccouchEtab est entre 50% et 95%, alors les accouchements SONUC représentent 60% d'AccouchEtab.
- Si AccouchEtab est supérieur ou égal à 95%, alors les accouchements SONUC représentent 100% d'AccouchEtab.

- **Notes :**

[En haut](#)

Pratiques d'accouchement propres

- **Définition :** le pourcentage des accouchements où les pratiques d'accouchement propres sont réalisées, y compris le lavage des mains par l'accompagnateur, le nettoyage du périnée maternel, en utilisant une surface d'accouchement propre, la coupure et le nouage propres du cordon, et des soins hygiéniques du cordon et de la peau immédiatement après l'accouchement.
- **Source de données par défaut :** l'hypothèse par défaut est que 100% des accouchements assistés par un personnel qualifié à domicile, et 100% des accouchements en institutions utilisent des pratiques d'accouchement propres.
- **Notes :** les hypothèses devraient être ajustées sur la base des connaissances et des données locales. Il est également possible d'utiliser le kit d'accouchement propre à domicile pour les accouchements non assistés en tant qu'indicateur des pratiques d'accouchement propres.
- **Référence de la taille de l'effet :** veuillez noter que l'efficacité de cette intervention diffère par niveau d'accouchement (voir le menu [Efficacité](#)).

Blencowe H, Cousens S, Mullany LC, et al. Clean birth and postnatal care practices to reduce neonatal deaths from sepsis and tetanus: A systematic review and Delphi estimation of mortality effect. (Pratiques de soins postnataux et d'accouchement pour réduire la mortalité néonatale due à la septicémie et au tétanos : une revue systématique et une estimation Delphi sur l'effet de la mortalité). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S11. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231884/>.

Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. (Estimation de l'impact des interventions relatives à la mortalité maternelle par cause spécifique : une approche Delphi). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[En haut](#)

Évaluation et stimulation immédiate

- **Définition :** le pourcentage des accouchements où le massage et le séchage du nouveau-né immédiatement après la naissance sont réalisés.

- **Source de données par défaut :** l'hypothèse par défaut est que 100% du PQA à domicile et 100% des accouchements en institutions utilisent l'évaluation et la stimulation immédiates et adéquates.
- **Notes :**
- **Référence de la taille de l'effet :** veuillez noter qu'il est possible de varier l'efficacité de cette intervention par niveau d'accouchement (voir le menu [Efficacité](#)).

Lee AC, Cousens S, Mullany LC, et al. Neonatal resuscitation and immediate newborn assessment and stimulation for the prevention of neonatal deaths: A systematic review, meta-analysis and Delphi estimation of mortality effect. (Réanimation néonatale et évaluation et stimulation immédiates du nouveau-né pour prévenir la mortalité néonatale : une revue systématique, une méta-analyse et une estimation Delphi sur l'effet de la mortalité). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501429>.

[En haut](#)

Gestion du travail et de l'accouchement

- **Définition :** le pourcentage des femmes recevant la gestion du travail et de l'accouchement par un personnel qualifié à l'accouchement.
- **Source de données par défaut :** l'hypothèse par défaut est que 100% des accouchements assistés par un personnel qualifié à domicile et 100% des accouchements en institutions ont accès aux installations adéquates pour le niveau de soins donné.
- **Notes :** l'hypothèse par défaut est que 100% du PQA à domicile et 100% des accouchements en établissement peuvent fournir la gestion du travail et de l'accouchement. Cependant, la nature de cette gestion du travail et de l'accouchement est supposée être différente en fonction de l'emplacement où à lieu l'accouchement (en raison de la différente disponibilité des fournitures, de l'équipement et des compétences du personnel qualifié à l'accouchement dans les différents niveaux de soins). C'est pourquoi, l'intervention de "la gestion du travail et de l'accouchement" a des valeurs d'efficacité différentes pour les différents niveaux de soins.
- **Référence de la taille de l'effet :** veuillez noter que l'efficacité de cette intervention diffère par niveau d'accouchement (voir le menu [Efficacité](#)).

Lee AC, Cousens S, Darmstadt GL, et al. Care during labor and birth for the prevention of intrapartum-related neonatal deaths: A systematic review and Delphi estimation of mortality effect. (Soins pendant le travail et la naissance pour prévenir la mortalité néonatale intrapartum : une revue systématique et une estimation Delphi sur l'effet de la mortalité). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501427>.

Yakoob MY, Ali MA, Ali MU, et al. The effect of providing skilled birth attendance and emergency obstetric care in preventing stillbirths. (L'effet de la présence d'un personnel qualifié à l'accouchement et de la provision de soins obstétricaux d'urgence pour prévenir la mortalité). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501458>.

(La taille de l'effet de la mortalité maternelle à partir de calculs non publiés basés sur : Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimation de l'impact des interventions sur la mortalité maternelle par

cause spécifique : une approche Delphi. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S12. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/)

[En haut](#)

Réanimation néonatale

- **Définition** : le pourcentage des accouchements ayant accès à la détection des problèmes respiratoires et à la réanimation (avec un mouche-bébé).
- **Source de données par défaut** : l'hypothèse par défaut est que 100% des accouchements en institutions ont accès à la réanimation néonatale, si nécessaire.
- **Notes** : nous ne supposons pas que la réanimation néonatale soit réalisée à domicile.
- **Référence de la taille de l'effet** : veuillez noter que l'efficacité de cette intervention diffère par niveau d'accouchement (voir le menu [Efficacité](#)).

Lee AC, Cousens S, Mullany LC, et al. Neonatal resuscitation and immediate newborn assessment and stimulation for the prevention of neonatal deaths: A systematic review, meta-analysis and Delphi estimation of mortality effect. (Réanimation néonatale et évaluation et stimulation immédiates du nouveau-né pour prévenir la mortalité néonatale : une revue systématique, une méta-analyse et une estimation Delphi sur l'effet de la mortalité). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501429>.

[En haut](#)

Corticostéroïdes anténatals pour le travail prématuré

- **Définition** : le pourcentage des femmes avec un travail prématuré recevant une injection intramusculaire de phosphate sodique de bétaméthasone (6 mg, chaque 12h pendant 2 jours).
- **Source de données par défaut** : l'hypothèse par défaut est que 0% des naissances reçoivent des corticostéroïdes anténatals ; l'utilisateur devrait saisir des données locales si possible et si disponibles.
- **Notes** : les corticostéroïdes anténatals (CSA) ont été précédemment inclus dans LiST pour une intervention qui pouvait être efficace pour réduire la mortalité due à la prématurité en 2006, sur la base du travail pour la série 2005 Lancet Neonatal. (Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, et al. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborns can we save and at what cost? (Interventions rentables basées sur les preuves : combien de nouveaux-nés pouvons-nous sauver et à quel prix ?) *Lancet* 2005; 365: 988-97. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15767001>.) (Mwansa-Kambafwile J, Cousens S, Hanset T, et al. Antenatal steroids in preterm labour for the prevention of neonatal deaths due to complications of preterm birth. (Stéroïdes anténatals dans le travail prématuré pour prévenir la mortalité néonatale due aux complications de la naissance prématurée). *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i122-i133. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845868/>.) Depuis lors, il y a eu une quantité croissante d'informations révélant que l'utilisation de CSA pouvait avoir des conséquences négatives, en particulier lorsqu'ils sont fournis par des systèmes de soins de santé plus faibles. (Althabe F, Belizan JM, McClure EM, et al. A population-based, multifaceted strategy to

implement antenatal corticosteroid treatment versus standard care for the reduction of neonatal mortality due to preterm birth in low-income and middle-income countries: the ACT cluster-randomised trial. (Une stratégie multiforme pour mettre en oeuvre le traitement par corticostéroïdes par rapport aux soins standards visant à réduire la mortalité néonatale due à la naissance prématurée dans les pays à faibles et moyens revenus : essai randomisé en grappes CT). *Lancet* 2015; 385:629-39. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25458726>.) (Azad A, Costello A. Extreme caution is needed before scale-up of antenatal corticosteroids to reduce preterm deaths in low-income settings. (Une précaution extrême est nécessaire avant d'intensifier les corticostéroïdes anténatals pour réduire les décès prématurés dans les structures à faibles revenus). *Lancet Global Health* 2014; 2: e191-2. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X14700208> .) Nous avons décidé que le meilleur moyen de nous assurer que les utilisateurs n'appliquent pas à mauvais escient l'impact possible des CSA à la mortalité néonatale est de laisser l'intervention dans LiST, mais de changer l'efficacité par défaut de cette intervention à zéro. Ainsi, si les utilisateurs souhaitent modéliser l'impact des CSA lorsqu'ils sont fournis efficacement dans un système de soins de santé plus solide, ils pourront le faire mais devront spécifier l'efficacité de l'intervention.

- **Référence de la taille de l'effet :** la taille de l'effet est actuellement définie à 0 (voir la note ci-dessus) ; utilisez le menu "[Efficacité](#)" pour modifier si nécessaire.

[En haut](#)

Antibiotiques pour RPMP

- **Définition :** le pourcentage des femmes enceintes avec une rupture prématurée des membranes préterme (RPMP) qui n'accouchent pas et qui prennent de l'érythromycine (250 mg, 4 fois par jour pendant 7 jours) par voie orale pour prévenir l'infection.
- **Source de données par défaut :** l'hypothèse par défaut est que 100% des accouchements SONUP et 100% des accouchements SONUC ont accès aux antibiotiques pour la rupture prématurée des membranes avant le travail, si nécessaire.
- **Notes :**
- **Référence de la taille de l'effet :** veuillez noter qu'il est possible de varier l'efficacité de cette intervention par niveau d'accouchement (voir le menu [Efficacité](#)).

Cousens S, Blencowe H, Gravett M, et al. Antibiotics for pre-term pre-labour rupture of the membranes: Prevention of neonatal deaths due to complications of preterm birth and infection. (Antibiotiques pour la rupture prématurée des membranes avant le travail : prévention de la mortalité néonatale due aux complications des naissances prématurées et des infections).

International Journal of Epidemiology 2010; 39(Suppl 1): i34-i43.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348116>.

[En haut](#)

MgSO₄ - Gestion de l'éclampsie

- **Définition :** le pourcentage des femmes enceintes recevant du sulfate de magnésium pour l'éclampsie pendant l'accouchement.

- **Source de données par défaut** : l'hypothèse par défaut est que 100% des accouchements SONUP et 100% des accouchements SONUC ont accès au MgSO₄ pour l'éclampsie, si nécessaire.
- **Notes** :
- **Référence de la taille de l'effet** : veuillez noter qu'il est possible de varier l'efficacité de cette intervention par niveau d'accouchement (voir le menu [Efficacité](#)).

Ronsmans C, Campbell O. Quantification de la chute de la mortalité associée aux interventions relatives aux maladies hypertensives de la grossesse. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501459>.

Jabeen M, Yakoob MY, Imdad A, et al. Impact des interventions visant à prévenir et à gérer la pré-éclampsie et l'éclampsie sur les mortinaissances. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501457>.

[En haut](#)

GATPA - Gestion active de la troisième phase de l'accouchement

- **Définition** : le pourcentage des femmes dont la troisième phase de l'accouchement est activement gérée. La gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) est définie comme un traction contrôlée du cordon, le massage utérin, et les ocytociques adéquats.
- **Source de données par défaut** : l'hypothèse par défaut est que 100% des accouchements SONUP et 100% des accouchements SONUC ont une gestion active adéquate pendant et après l'accouchement.
- **Notes** : veuillez noter qu'il est possible de varier l'efficacité de cette intervention par niveau d'accouchement (voir le menu [Efficacité](#)).

Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. (Estimation de l'impact des interventions relatives à la mortalité maternelle par cause spécifique : une approche Delphi). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[En haut](#)

Déclenchement du travail pour les grossesses de plus de 41 semaines

- **Définition** : le pourcentage des femmes qui sont enceintes de 41 semaines ou plus, gérées avec un déclenchement du travail si nécessaire.
- **Source de données par défaut** : les hypothèses par défaut sont que 100% des accouchements SONUC ont accès au déclenchement du travail pour les grossesses après terme, si nécessaire.
- **Notes** : cette intervention n'a présentement un impact que sur les mortinaissances.
- **Référence de la taille de l'effet** : veuillez noter qu'il est possible de varier l'efficacité de cette intervention par niveau d'accouchement (voir le menu [Efficacité](#)).

Hussain AA, Yakoob MY, Imdad A, et al. Elective induction for pregnancies at or beyond 41 weeks of gestation and its impact on stillbirths: A systematic review with meta-analysis. (Induction élective du travail pour les grossesses de 41 semaines de gestation ou plus et son impact sur les mortinaissances : une revue systématique avec une méta-analyse). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501456>.

[En haut](#)

1.1.3.4.4 Allaitement

[Allaitement exclusif](#) [Allaitement prédominant](#) [Allaitement partiel](#) [Tout allaitement](#) [Sans allaitement](#) [Initiation précoce à l'allaitement](#) [Promotion de l'allaitement](#)

Dans l'onglet "Allaitement", les données peuvent être saisies soit par **prévalence de l'allaitement**, soit par **promotion de l'allaitement**. Si la prévalence est sélectionnée (par défaut), les taux de l'allaitement exclusif, prédominant ou partiel peuvent être modifiés. Si la promotion est sélectionnée, la couverture de l'allaitement en tant qu'intervention peut être modifiée et les taux de l'allaitement sont calculés automatiquement en conséquence.

Allaitement exclusif

- **Définition** : le pourcentage des enfants recevant seulement le lait maternel comme alimentation (plus des médicaments, des vaccins et des vitamines).
- **Source de données par défaut** : les données de la couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale ; cependant, elles ont été recalculées à partir des sources de données brutes pour refléter l'ensemble de la période d'âge d'intérêt.
- **Notes** : cela s'applique aux enfants âgés de 0-1 mois et de 1-5 mois.

Si les données recalculées ne sont pas disponibles, la période 0-2 mois peut être utilisée à titre indicatif pour 0-1 mois alors que la période 4-5 mois peut être utilisée à titre indicatif pour 1-5 mois.

- **Références de la taille de l'effet** : Lamberti LM, Zakarija-Grkovic I, Fischer Walker CL, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: A systematic literature review and meta-analysis. (L'Allaitement pour réduire le risque de morbidité et de mortalité suite à une pneumonie chez les enfants âgés de moins de deux ans : une revue littéraire systématique et une méta-analyse). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564728>.

Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. (Dénutrition et surpoids de la mère et de l'enfant dans les pays à faibles et moyens revenus). *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>.

LiST Technical Note: Breastfeeding effect sizes on mortality in LiST. (Note technique LiST: taille de l'effet de l'allaitement sur la mortalité dans LiST)

http://livessavedtool.org/images/documents/Technical_Notes/Breastfeeding-effect-sizes-on-mortality.pdf

[En haut](#)

Allaitement prédominant

- **Définition** : le pourcentage des enfants recevant seulement le lait maternel plus de l'eau et / ou d'autres liquides non laitiers tels que les jus (plus des médicaments, des vaccins, et des vitamines).
- **Source de données par défaut** : les données de la couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale ; cependant, elles ont été recalculées à partir des sources de données brutes pour refléter l'ensemble de la période d'âge d'intérêt.
- **Notes** : cela s'applique aux enfants âgés de 0-1 mois et de 1-5 mois.

Si les données recalculées ne sont pas disponibles, la période 0-2 mois a été utilisée comme un indicateur pour 0-1 mois alors que la période 4- 5 mois a été utilisée à titre indicatif pour 1-5 mois.

- **Références de la taille de l'effet** : Lamberti LM, Zakarija-Grkovic I, Fischer Walker CL, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: A systematic literature review and meta-analysis. (L'Allaitement pour réduire le risque de morbidité et de mortalité suite à une pneumonie chez les enfants âgés de moins de deux ans : une revue littéraire systématique et une méta-analyse). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564728>.

Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. (Dénutrition et surpoids de la mère et de l'enfant dans les pays à faibles et moyens revenus). *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>.

LiST Technical Note: Breastfeeding effect sizes on mortality in LiST. (Note technique LiST: taille de l'effet de l'allaitement sur la mortalité dans LiST)

http://livessavedtool.org/images/documents/Technical_Notes/Breastfeeding-effect-sizes-on-mortality.pdf

[En haut](#)

Allaitement partiel

- **Définition** : le pourcentage des enfants recevant du lait maternel outre des aliments complémentaires et / ou des liquides à base de lait (plus des médicaments, des vaccins, et des vitamines).
- **Source de données par défaut** : les données de la couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale, elles ont été recalculées à partir des sources de données brutes pour refléter la période d'âge exacte d'intérêt.

- **Notes** : cela s'applique aux enfants âgés de 0-1 mois et 1-5 mois.

Si les données recalculées ne sont pas disponibles, la période 0-2 mois a été utilisée comme un indicateur pour 0-1 mois alors que la période 4- 5 mois a été utilisée comme un indicateur pour 1-5 mois.

- **Références de la taille de l'effet** : Lamberti LM, Zakarija-Grkovic I, Fischer Walker CL, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: A systematic literature review and meta-analysis. (L'Allaitement pour réduire le risque de morbidité et de mortalité suite à une pneumonie chez les enfants âgés de moins de deux ans : une revue littéraire systématique et une méta-analyse). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564728>.

Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. (Dénutrition et surpoids de la mère et de l'enfant dans les pays à faibles et moyens revenus). *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>.

LiST Technical Note: Breastfeeding effect sizes on mortality in LiST. (Note technique LiST: taille de l'effet de l'allaitement sur la mortalité dans LiST) http://livessavedtool.org/images/documents/Technical_Notes/Breastfeeding-effect-sizes-on-mortality.pdf

[En haut](#)

Quelquonque allaitement

- **Définition** : le pourcentage des enfants qui reçoivent encore tout lait maternel.
- **Source de données par défaut** : les données de la couverture de cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale ; cependant elles ont été recalculées à partir des sources de données brutes pour refléter la période d'âge exacte d'intérêt.
- **Notes** : cela s'applique aux enfants âgés de 6-11 mois et 12-23 mois. Nous supposons qu'aucun avantage médical ne s'accumuler pour les enfants allaités après l'âge de 24 mois.
- **Références de la taille de l'effet** : Lamberti LM, Zakarija-Grkovic I, Fischer Walker CL, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: A systematic literature review and meta-analysis. (L'Allaitement pour réduire le risque de morbidité et de mortalité suite à une pneumonie chez les enfants âgés de moins de deux ans : une revue littéraire systématique et une méta-analyse). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564728>.

Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. (Dénutrition et surpoids de la mère et de l'enfant dans les pays à faibles et moyens revenus). *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>.

LiST Technical Note: Breastfeeding effect sizes on mortality in LiST. (Note technique LiST: taille

de l'effet de l'allaitement sur la mortalité dans LiST)

http://livesavedtool.org/images/documents/Technical_Notes/Breastfeeding-effect-sizes-on-mortality.pdf

[En haut](#)

Aucun allaitement

- **Définition** : le pourcentage des enfants recevant aucun lait maternel.
- **Source de données par défaut** : les données de la couverture de cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale.
- **Notes** : cela peut s'appliquer aux enfants de tout groupe d'âge de 0-23 mois. Elles sont calculées automatiquement comme 100% moins le pourcentage des enfants de ce groupe d'âge avec n'importe quel niveau d'allaitement.
- **Références de la taille de l'effet** : Lamberti LM, Zakarija-Grkovic I, Fischer Walker CL, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: A systematic literature review and meta-analysis. (L'Allaitement pour réduire le risque de morbidité et de mortalité suite à une pneumonie chez les enfants âgés de moins de deux ans : une revue littéraire systématique et une méta-analyse). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564728>.

Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. (Dénutrition et surpoids de la mère et de l'enfant dans les pays à faibles et moyens revenus). *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>.

LiST Technical Note: Breastfeeding effect sizes on mortality in LiST. (Note technique LiST: taille de l'effet de l'allaitement sur la mortalité dans LiST)

http://livesavedtool.org/images/documents/Technical_Notes/Breastfeeding-effect-sizes-on-mortality.pdf

[En haut](#)

Initiation précoce à l'allaitement

- **Définition** : le pourcentage des enfants qui ont commencé à allaiter dans l'heure suivant la naissance.
- **Source de données par défaut** : les données de la couverture de cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale.
- **Notes** :
- **Référence de la taille de l'effet** : NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. (Moment de l'initiation, schémas de l'allaitement, et survie du nourrisson : analyse prospective des données centralisées à partir de trois essais randomisés). *Lancet Global Health* 2016; 4(4): e266-75. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27013313>.

LiST Technical Note: Breastfeeding effect sizes on mortality in LiST. (Note technique LiST: taille de l'effet de l'allaitement sur la mortalité dans LiST)

http://livesavedtool.org/images/documents/Technical_Notes/Breastfeeding-effect-sizes-on-mortality.pdf

[En haut](#)

Promotion de l'allaitement

- **Définition** : le pourcentage des enfants dont les mères reçoivent des activités visant à promouvoir l'allaitement. La promotion de l'allaitement peut se faire par des réunions individuelles ou de groupe. Les activités de promotion peuvent se faire par l'intermédiaire du système de santé, à domicile / au niveau de la communauté, ou les deux.

Les interventions au niveau du système de santé incluent les Hôpitaux amis des bébés (Baby-Friendly Hospital Initiative), les pratiques de cohabitation mère-enfant, le support organisationnel pour l'allaitement, etc.

Les interventions au niveau du domicile/de la maison incluent les consultations individuelles à travers les visites à domicile ou par téléphone, support à la maison du père ou des grands-parents, sessions de conseils en groupe, réunions en groupes, mobilisation sociale, média de masse, média social, etc.

- **Source de données par défaut** : les données de la couverture de cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. A titre indicatif, le niveau de promotion de l'allaitement est défini par défaut pour égaler le pourcentage des enfants âgés de 1-5 mois qui sont exclusivement allaités ; l'utilisateur/trice devrait saisir des données locales si possible et si disponibles.
- **Notes** : il est supposé que des enfants âgés de 1-5 mois exclusivement allaités n'ont pas besoin de ce comportement.

La promotion de l'allaitement est appliquée à la prévalence de l'allaitement comme des chances accrues de l'"allaitement adapté à l'âge" (à savoir, allaitement exclusif pour des enfants âgés de moins de 6 mois, et tout allaitement continu pour les enfants de 6-23 mois). Chacun des trois canaux de promotion (système de santé, domicile / communauté, ou les deux) a un impact différent sur la prévalence de l'allaitement.

- **Référence de la taille de l'effet** : Haroon S, Das JK, Salam RA, et al. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: A systematic review. (Les interventions en matière de promotion de l'allaitement et les pratiques d'allaitement : une revue systématique). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564836>.

Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? (Interventions basées sur les preuves pour améliorer la nutrition de la mère et de l'enfant : que peut-on faire et à quel prix ?) *Lancet* 2013; 382(9890): 352-77. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746776>. (Supplemental material, page 16.)

Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis. (Interventions visant à améliorer les résultats de

l'allaitement : une revue systématique et une méta-analyse) *Acta Paediatrica* 2015; 104(467): 114-34. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26183031>.

Sinha B, Chowdhury R, Prakash Upadhyay R, Taneja S, Martines J, Bahl R, Jeeva Sankar M; Integrated Interventions Delivered in Health Systems, Home, and Community Have the Highest Impact on Breastfeeding Outcomes in Low- and Middle-Income Countries. (Les interventions intégrées offertes par les systèmes de santé, à domicile et au niveau communautaire ont le plus grand impact sur les résultats d'allaitement dans les pays à faibles et moyens revenus). *Journal Nutr* 2017. 147(11S): 2179S–2187S, <https://doi.org/10.3945/jn.116.242321>.

[En haut](#)

1.1.3.4.5 Malnutrition chronique

Lorsque l'option "entrée directe de la malnutrition chronique" est cochée dans le menu de [configuration de LIST](#), l'onglet de la malnutrition chronique apparaît dans le menu Couverture. Dans cet onglet, les utilisateurs peuvent modifier les taux de la malnutrition chronique, soit par l'option "indicateur unique pour la malnutrition chronique", soit l'option "indicateurs détaillés pour la malnutrition chronique".

L'objectif de cet indicateur unique est de ventiler les deux catégories de la malnutrition chronique inférieures (les plus faibles) pour créer un pourcentage unique des enfants atteints de la malnutrition chronique. (Par exemple, si 2% des enfants sont dans la catégorie <-3 Z-score et 5% des enfants dans la catégorie -3 à -2 z-score, l'indicateur unique affichera "7% des enfants atteints de la malnutrition chronique". Il permet également de ventiler par groupes d'âge, en pondérant par le nombre de mois dans chaque tranche d'âge (par exemple, <1 mois est supposé représenter 1/60 des enfants, 1-5 mois est supposé représenter 5/60 des enfants, etc.).

Lorsque l'option de l'"indicateur unique" est sélectionnée, la première année (de référence) de l'indicateur unique sera grisée et les autres années seront actives. Dans l'affichage détaillé, la première année sera active (permettant aux utilisateurs de modifier les données de référence ici, si nécessaire), mais les années suivantes seront grisées. Lorsque l'option "affichage détaillé" est sélectionnée, l'indicateur unique restera visible mais il sera entièrement grisé, et l'affichage détaillé sera complètement actif.

Veillez noter que dans une population saine (supposée avoir une distribution normale en termes de taille par rapport à l'âge), environ 2,275% de la population tombera sous -2 z-scores (par exemple, plus de 2 déviations standards sous la médiane). Par conséquent, nous ne recommandons pas de définir l'indicateur unique pour la malnutrition chronique à un taux inférieur à 2,275%, celui-ci étant inférieur à ce qui est considéré normal pour une population saine.

Distribution de la malnutrition chronique

- **Définition** : la distribution du pourcentage des enfants qui tombent dans l'une des quatre catégories Z-score pour la taille par rapport à l'âge : <-3Z (malnutrition chronique sévère), -3 à -2Z (malnutrition chronique modérée), -2 à -1Z (malnutrition chronique légère), et >-1Z (sans malnutrition chronique). La malnutrition chronique reflète une dénutrition chronique.
- **Source de données par défaut** : les données ont été recalculées pour des raisons de cohérence entre les pays, en utilisant les ensembles des données EDS et MICS. Cela permet également de garantir que les valeurs reflètent les groupes d'âge d'intérêt exacts.

- **Notes :** les données désagrégées ne sont pas disponibles pour 0-1 et 1-5 mois. En tant qu'indicateur, les valeurs de 0-6 mois sont appliquées aux deux groupes d'âge.

1.1.3.4.6 Mesures préventives

[Pratiques de soins postnataux propres](#) [Chlorhexidine](#) [Alimentation complémentaire - Éducation seulement](#) [Alimentation complémentaire - Éducation et supplémentation](#) [Supplémentation en vitamine A](#) [Supplémentaiton en zinc](#) [Source d'eau améliorée](#) [Raccordement domestique à l'eau](#) [Assainissement amélioré](#) [Lavage des mains au savon](#) [Évacuation hygiénique des selles de l'enfant](#) [MTI / PID](#)

Pratiques de soins postnataux propres

- **Définition :** le pourcentage des nouveaux-nés dont la mère se lave les mains fréquemment, où l'enfant vit dans un environnement propre, et aucune pratique nuisible n'est réalisée.
- **Source de données par défaut :** les données de couverture pour cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. A titre indicatif, il est supposé que tous les nouveaux-nés qui reçoivent une visite postnatale préventive dans les 48 heures après l'accouchement, recevront ultérieurement des pratiques postnatales propres adéquates à domicile. Les données de couverture pour cet indicateur supplétif sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale.
- **Notes :**
- **Référence de la taille de l'effet :** Blencowe H, Cousens S, Mullany LC, et al. Clean birth and postnatal care practices to reduce neonatal deaths from sepsis and tetanus: A systematic review and Delphi estimation of mortality effect. (Pratiques de soins obstétricaux et postnataux propres pour réduire la mortalité néonatale due à la septicémie et au tétanos : une revue systématique et une estimation Delphi de l'effet de la mortalité). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S11. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231884/>.

[En haut](#)

Chlorhexidine

- **Définition :** le pourcentage des nouveaux-nés qui ont eu de la chlorhexidine appliquée sur le cordon après la naissance.
- **Source de données par défaut :** les données de couverture de cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Actuellement définies à 0 comme référence ; l'utilisateur devrait saisir les données locales si possible et si disponibles.
- **Notes :**
- **Référence de la taille de l'effet :** Imdad A, Mullany LC, Baqui AH, et al. The effect of umbilical cord cleansing with chlorhexidine on omphalitis and neonatal mortality in community settings in developing countries: A meta-analysis. (L'effet du nettoyage du cordon ombilical avec la chlorhexidine sur l'omphalite et la mortalité néonatale dans les structures

communautaires des pays en développement : une méta analyse). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0061555/>.

[En haut](#)

Alimentation complémentaire - Éducation seulement

- **Définition** : le pourcentage des mères intensivement conseillées sur l'importance de l'allaitement continu au-delà de six mois et sur les pratiques d'alimentation complémentaire adéquate. A titre indicatif, le pourcentage des enfants de 6-23 mois recevant la diversité alimentaire minimum (c'est-à-dire des repas provenant d'au moins quatre groupes d'aliments) est utilisé.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale.
- **Notes** : il est appliqué à la population avec une sécurité alimentaire. L'indicateur utilisé est celui pour les personnes vivant avec plus de 1,90 USD / jour. Cet indicateur peut être modifié dans l'onglet [Situation du ménage](#) du menu "État de santé, mortalité, et situation économique".

Par défaut, les deux indicateurs de la couverture d'alimentation complémentaire sont égaux (utilisant la même valeur indicative que la diversité alimentaire minimum). L'utilisateur/trice devrait saisir les données locales pour distinguer les deux indicateurs (éducation seulement par rapport à éducation et supplémentation), si possible et si disponibles.

L'effet combiné des deux indicateurs d'alimentation complémentaire apparaîtra dans Résultats en tant qu' "alimentation complémentaire adéquate".

- **Référence de la taille de l'effet** :

Panjwani A and Heidkamp R. Complementary Feeding Interventions Have a Small but Significant Impact on Linear and Ponderal Growth of Children in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. (Les interventions pour le J Nutr 2017, 147(11S):2169S-2178S. <https://doi.org/10.3945/jn.116.243857>

Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth in developing countries. (Impact de l'éducation maternelle sur l'alimentation complémentaire et la fourniture de compléments alimentaires sur la croissance de l'enfant dans les pays en développement). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501443>.

Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. (Qu'est-ce qui fonctionne ? Les interventions en matière de dénutrition et de survie de la mère et de l'enfant. *Lancet* 2008; 371: 417-40. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18206226>.

[En haut](#)

Alimentation complémentaire - Éducation et supplémentation

- **Définition** : le pourcentage des mères intensivement conseillées sur l'importance de l'allaitement continu au-delà de six mois et des pratiques d'alimentation complémentaire, et qui reçoivent une supplémentation alimentaire adéquate. A titre indicatif, le pourcentage des enfants de 6-23 mois recevant la diversité alimentaire minimum (c'est-à-dire recevant des repas provenant d'au moins quatre groupes alimentaires) est utilisé.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale.
- **Notes** : il est appliqué à la population avec une insécurité alimentaire. L'indicateur est utilisé pour les personnes vivant avec moins de 1,90 USD par jour. Cet indicateur peut être modifié dans l'onglet [Situation du ménage](#) du menu "État de santé, mortalité, et situation économique".

Par défaut, les deux indicateurs de la couverture d'alimentation complémentaire sont égaux. L'utilisateur devrait saisir les données locales pour distinguer les deux indicateurs (éducation seulement par rapport à éducation et supplémentation), si possible et si disponibles.

L'effet combiné des deux indicateurs d'alimentation complémentaire apparaîtra dans Résultats en tant qu' "alimentation complémentaire adéquate".

- **Référence de la taille de l'effet** : Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth in developing countries. (Impact de l'éducation maternelle sur l'alimentation complémentaire et la fourniture de compléments alimentaires sur la croissance de l'enfant dans les pays en développement). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501443>.

Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. (Qu'est-ce qui fonctionne ? Les interventions en matière de dénutrition et de survie de la mère et de l'enfant. *Lancet* 2008; 371: 417-40. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18206226>.

[En haut](#)

Supplémentation en vitamine A

- **Définition** : le pourcentage des enfants âgés de 6-59 mois ayant reçu deux doses de vitamine A au cours des 12 derniers mois.
- **Source de données par défaut** : UNICEF - Couverture de la vitamine A. <http://data.unicef.org/nutrition/vitamin-a>. Mise à jour annuellement.
- **Notes** : l'indicateur complet n'est généralement pas disponible à partir des EDS / MICS ou d'autres enquêtes de ménage. Cependant, le pourcentage des enfants âgés de 6-59 mois ayant reçu 1 dose de vitamine A au cours des 6 derniers mois peut être utilisé si nécessaire à partir de ces sources.
- **Référence de la taille de l'effet** : Imdad A, Yakoob MY, Sudfeld CR, et al. Impact of vitamin A supplementation on infant and childhood mortality. (Impact de la supplémentation en vitamine A sur la mortalité des nourrissons et des jeunes enfants). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501438>.

[En haut](#)

Supplémentation en zinc

- **Définition** : le pourcentage des enfants âgés de 12-59 mois qui reçoivent des suppléments quotidiens de 10mg de zinc.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture de cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Présentement définies à 0 pour la référence ; l'utilisateur devrait saisir les données locales si possible et si disponibles.
- **Notes** : ce n'est pas le même indicateur que le traitement de la diarrhée par le zinc.
- **Référence de la taille de l'effet** : Yakoob MY, Theodoratou E, Jabeen A, et al. Preventive zinc supplementation in developing countries: impact on mortality and morbidity due to diarrhea, pneumonia and malaria. (Supplémentation préventive en zinc dans les pays en développement : impact sur la mortalité et la morbidité dues à la diarrhée, la pneumonie et au paludisme). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S23.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501441>.

Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. (Dénutrition et Surpoids maternels et infantiles dans les pays à faibles et moyens revenus). *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>. (Matériel supplémentaire, pages 18-19.)

[En haut](#)

Source d'eau améliorée

- **Définition** : le pourcentage des ménages ayant accès à une source d'eau améliorée à une distance de marche de 30 minutes ou moins.
- **Source de données par défaut** : Programme conjoint de surveillance de l'OMS / UNICEF pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement (<http://www.wssinfo.org/>). Les données sont disponibles pour tous les pays de 1996 à 2015.
- **Notes** : il est présumé que les interventions "source d'eau améliorée" et "assainissement amélioré" ont un effet que si elles sont utilisées en combinaison. Ainsi, la valeur la plus faible entre ces deux intervention sera l'intervention limitante puisqu'elle représente le pourcentage maximum de la population qui pourrait recevoir les deux interventions. Le software appliquera donc automatiquement l'effet combiné des interventions à la valeur de couverture inférieure des deux interventions. L'impact des deux interventions apparaîtra dans l'onglet résultat en tant que "source d'eau améliorée et assainissement amélioré".

La connexion d'eau domestique est considérée comme un sous-ensemble de source d'eau améliorée. Par conséquent, la valeur de cet indicateur doit être égal ou inférieur à connexion d'eau domestique.

- **Référence de la taille de l'effet** : Fisher-Walker et al., publication en cours.

[En haut](#)

Connexion d'eau domestique

- **Définition** : le pourcentage des ménages ayant une connexion domestique, y compris l'eau courante à domicile ou dans la cour.
- **Source de données par défaut** : Programme conjoint de surveillance de l'OMS / UNICEF pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement (<http://www.wssinfo.org/>). Les données sont disponibles pour tous les pays de 1996 à 2015.
- **Notes** : c'est un sous-ensemble des ménages ayant accès à une source d'eau améliorée. Par conséquent, la valeur de cet indicateur doit être égal ou inférieur à connexion d'eau domestique. Le modèle s'assure automatiquement qu'il n'y a pas de double comptage de l'impact.
- **Référence de la taille de l'effet** : Cairncross S, Valdmanis V. Water supply, sanitation, and hygiene promotion. (Approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène). Dans : Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., éditeurs. Priorités du contrôle des maladies dans les pays en développement. Washington DC: The World Bank, 2006; p. 771-792. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11728/>.

[En haut](#)

Assainissement amélioré

- **Définition** : le pourcentage des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées (c'est-à-dire une chasse d'eau dans le système d'égout avec canalisation, une fosse septique, des latrines à fosse ; une latrine à fosse ventilée améliorée (VIP) ; une latrine à fosse avec bloc ; ou des toilettes sèches.
- **Source de données par défaut** : Programme conjoint de surveillance de l'OMS / UNICEF pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement (<http://www.wssinfo.org/>). Les données sont disponibles pour tous les pays de 1996 à 2012.
- **Notes** : il est présumé que les interventions "source d'eau améliorée" et "assainissement amélioré" ont un effet que si elles sont utilisées en combinaison. Ainsi, la valeur la plus faible entre ces deux interventions sera l'intervention limitante puisqu'elle représente le pourcentage maximum de la population qui pourrait recevoir les deux interventions. Le logiciel appliquera donc automatiquement l'effet combiné des interventions à la valeur de couverture inférieure des deux interventions. L'impact des deux interventions apparaîtra dans l'onglet résultat en tant que "source d'eau améliorée et assainissement amélioré".
- **Référence de la taille de l'effet** : Fisher-Walker et al., publication en cours.

[En haut](#)

Lavage des mains au savon

- **Définition** : le pourcentage des mères utilisant des pratiques de lavage des mains adéquates, y compris avec du savon, de la cendre, ou d'autres produits et avec une eau adéquate, après

avoir manipulé les excréments et avant de préparer la nourriture. En tant qu'estimation, le pourcentage des maisons ayant une station de lavage des mains équipée d'un agent nettoyant est utilisé.

- **Source de données par défaut :** Les données de couverture pour cet indicateur sont typiquement tirées des EDS, MICS, et autres enquêtes représentatives à l'échelle nationale. Lorsque les données au niveau pays ne sont pas disponibles, la moyenne globale de Curtis *et al.* 2009 sont utilisés.

Curtis VA, Danguah LO, Aunger RV. Planned, motivated and habitual hygiene behaviour: An eleven country review. (Comportement hygiénique planifié, motivé et habituel : une revue sur onze pays). *Health Education Research* 2009; 24(4): 655-73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19286894>. Le tableau 3 de cet article fournit des données pour un petit groupe de pays (Ghana, Kenya, Kirgizstan, Madagascar, Pérou, Sénégal, Tanzanie, et Ouganda). Tous les autres pays sont définis par défaut à 17%, la moyenne mondiale citée dans l'article.

- **Notes :** ni le comportement de lavage déclaré, ni la disponibilité des produits de lavage au domicile ne sont des indicateurs adéquats. Des données d'observation sont nécessaires.
- **Référence de la taille de l'effet :** Darvesh N, Das JK, Vaivada T, *et al.* Water, sanitation and hygiene interventions for acute childhood diarrhea: a systematic review to provide estimates for the Lives Saved Tool. (Interventions d'eau, d'assainissement et d'hygiène pour la diarrhée infantile aiguë; une revue systématique pour obtenir des estimations pour l'outil des vies sauvées). *BMC Public Health* . 2017 Nov 7;17(Suppl 4):776. doi:10.1186/s12889-017-4746-1 .

[En haut](#)

Évacuation hygiénique des selles des enfants

- **Définition :** le pourcentage des selles des enfants qui sont évacuées en toute sécurité et contenues. Les selles sont considérées comme étant contenues si : 1) l'enfant utilise toujours les toilettes / latrines, 2) les excréments sont jetés dans les toilettes / latrines, ou 3) les excréments sont enterrés dans la cours.
- **Source de données par défaut :** les données de couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale.
- **Notes :** Dans certains pays, l'utilisation de couches jetables peut être considérée comme une élimination hygiénique, mais elle est incluse pays par pays tel que choisi par l'EDS / MCIS.

Présentement, cette interventions est présumée avoir aucun effet quantifiable sur l'incidence de la diarrhée, la mortalité infantile ou tout autre résultat disponible dans LiST due au manque d'évidence de haute qualité tel que déterminé par une revue Cochrane de 2010.

- **Référence de la taille de l'effet :** Clasen TF, Bostoen K, Schmidt W-P, *et al.* Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 6. Art. No.: CD007180. doi: 10.1002/14651858.CD007180.pub2.

[En haut](#)

MTI / PID - Possession par le ménage d'une moustiquaire traitée à l'insecticide (MTI) ou ménage protégé par une pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID)

- **Définition** : le pourcentage des ménages possédant au moins une moustiquaire traitée à l'insecticide (MTI) ou qui sont protégés par une pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent (PID).
- **Source de données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale. Cela inclut les enquêtes sur les indicateurs du paludisme.
- **Notes** : pour les tendances historiques où les données sur la PID ne sont pas disponibles, les données sur le pourcentage des ménages possédant une MTI, ou plus, sont utilisées à la place ; cela est considéré comme étant une limite minimum raisonnable. Les points de données où cette substitution est utilisée sont indiqués dans les notes sur les sources. Les MTI sont supposées avoir été introduites en 2000, alors une tendance d'"intensification" linéaire à partir de zéro en 1999 jusqu'au premier point de données disponible pour le pays est automatiquement calculée.

Cet indicateur peut être remplacé par les tendances des "enfants dormant sous une MIT" mais l'estimation sera conservatrice. La taille de l'effet par défaut est basée sur la propriété par le ménage, et non l'utilisation. Veuillez noter que toute moustiquaire (traitée ou non traitée) n'est pas un indicateur adéquat.

- **Référence de la taille de l'effet** : Eisele TP, Larsen D, Steketee RW. Protective efficacy of interventions for preventing malaria mortality in children in Plasmodium falciparum endemic areas. (Efficacité protectrice des interventions pour prévenir contre la mortalité infantile due au paludisme dans les zones où le paludisme à Plasmodium falciparum est endémique). *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i88-i101. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348132>.

Radeva-Petrova D, Kayentao K, Ter Kuile FO, et al. Drugs for preventing malaria in pregnant women in endemic areas: Any drug regimen versus placebo or no treatment. (Médicaments pour prévenir le paludisme chez les femmes enceintes dans les régions endémiques: quelconque traitement contre un placebo ou aucun traitement). *Cochrane Database Syst Rev* 2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4498495/>.

[En haut](#)

1.1.3.4.7 Vaccins

[BCG](#) [Polio](#) [Pentavalent](#) [DCT](#) [Hib](#) [HepB](#) [Pneumocoque](#) [Rotavirus](#) [Rougeole](#) [Vaccin méningocoque A](#) [Vaccin contre la diarrhée pathogène B](#) [Vaccin contre la diarrhée pathogène C](#) [Vaccin contre le paludisme](#) [Vaccin D](#)

Les vaccins administrés aux enfants dans leur première année ont des effets protecteurs jusqu'à l'âge de cinq ans. Lors de la modification de la couverture des vaccins, les utilisateurs devront spécifier la couverture pour les quatre années antérieures à l'année de base de la couverture du module de LiST.

Cela permettra au modèle de calculer correctement les effets protecteurs des vaccins sur les enfants dans les différents groupes d'âge à une année donnée.

Pour chaque vaccin, le nombre de doses qui est considéré comme une "couverture complète" est affiché dans l'onglet "Vaccins". Pour saisir la couverture des doses incomplètes et / ou de la vaccination complémentaire, double cliquez sur le vaccin correspondant. Il n'y a pas d'estimations de l'efficacité par défaut pour la vaccination complémentaire (les doses additionnelles ou les "rappels"), bien qu'il y ait des estimations de l'efficacité pour le dosage sous-optimal. La somme de toutes les doses doit être inférieure ou égale à 100% des enfants.

Si une campagne complémentaire est modélisée, cochez la case "vaccination complémentaire - campagne mise en oeuvre" dans l'année pertinente. Puis, saisissez les données sur la couverture géographique, les groupes d'âge inférieurs et supérieurs ciblés, et le nombre moyen des doses par enfant. Sélectionnez le bouton radial en haut de la page pour saisir le nombre de doses fournies, ou le pourcentage de la population atteinte, puis saisissez ces valeurs en bas de la page. Les valeurs par défaut ne sont pas disponibles pour cette partie du modèle.

BCG

- **Définition** : le pourcentage des naissances vivantes qui ont reçu au moins une dose de BCG.
- **Source de données par défaut** : Données par défaut de l'OMS / UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragebcg.html), mises à jour annuellement. Ces données peuvent être remplacées par des données d'EDS / MICS si nécessaire.
- **Notes** : le BCG est inclus dans LiST pour indiquer qu'il s'agit d'une intervention importante fournie pendant les cinq premières années de la vie.
- **Référence de la taille de l'effet** : l'hypothèse actuelle est que le BCG n'a pas d'impact mesurable sur la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans.

[En haut](#)

Polio

- **Définition** : le pourcentage des enfants survivant la première année de vie qui ont reçu au moins trois doses de vaccin anti-polio.
- **Source de données par défaut** : Données par défaut de l'OMS / UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragepol3.html), mises à jour annuellement. Ces données peuvent être remplacées par des données d'EDS / MICS si nécessaire.
- **Notes** : la vaccination contre la polio est incluse dans LiST pour indiquer qu'il s'agit d'une intervention importante fournie pendant les cinq premières années de la vie.
- **Référence de la taille de l'effet** : l'hypothèse actuelle est que la vaccination anti-polio n'a pas d'impact mesurable sur la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans.

[En haut](#)

Pentavalent

- **Définition** : le pourcentage des enfants survivant la première année de vie qui ont reçu 3 doses de vaccin pentavalent.
- **Source de données par défaut** : Données par défaut de l'OMS / UNICEF (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/en/), mises à jour annuellement. Ces données peuvent être remplacées par des données d'EDS / MICS, si nécessaire.
- **Notes** : en changeant la couverture du vaccin pentavalent, vous changez automatiquement la couverture du DCT, Hib et HepB. Consultez les vaccins individuels pour les informations sur l'effet.

[En haut](#)

DCT

- **Définition** : le pourcentage des enfants survivant la première année de vie qui ont reçu 3 doses de vaccin DCT.
- **Source de données par défaut** : Données par défaut de l'OMS / UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html), mises à jour annuellement. Ces données peuvent être remplacées par les données d'EDS / MICS, si nécessaire.
- **Notes** : le DCT n'a d'effet que sur la mortalité attribuée à la coqueluche. Il n'y actuellement aucun impact sur la mortalité attribuée au tétanos ou à la diphtérie. L'effet de groupe par défaut est de 0. Veuillez noter que [l'immunité de groupe](#) peut être ajustée si désirée.
- **Référence de la taille de l'effet** : Fulton TR, Phadke VK, Orenstein WA, et al. Protective Effect of Contemporary Pertussis Vaccines: A Systematic Review and Meta-analysis. (Effet protecteur des vaccins contemporains contre la coqueluche : une revue systématique et une méta-analyse). *Clinical Infectious Diseases* 2016; 62(9): 1100-1100. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26908803>.

[En haut](#)

Hib

- **Définition** : le pourcentage des enfants survivant la première année de vie qui ont reçu 3 doses de vaccin anti-Hib.
- **Source de données par défaut** : Données par défaut de l'OMS / UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragehib3.html), mises à jour annuellement. Ces données peuvent être remplacées par des données d'EDS / MICS, si nécessaire.
- **Notes** : l'effet de groupe par défaut est de 0. Veuillez noter que [l'immunité de groupe](#) peut être ajustée.

- **Référence de la taille de l'effet** : Griffiths UK, Clark A, Gesslner B, et al. Dose-specific efficacy of Haemophilus influenzae type b conjugate vaccines: A systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. (Efficacité spécifique à la dose des vaccins conjugués contre Haemophilus influenzae de type b : une revue systématique et une méta-analyse des essais cliniques contrôlés). *Epidemiology and Infection* 2012; 140(8): 1343-1355. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22583474>.

[En haut](#)

HepB

- **Définition** : le pourcentage des naissances vivantes qui ont reçu au moins trois doses de vaccin contre l'hépatite B.
- **Source de données par défaut** : Données par défaut de l'OMS / UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragehepb3.html), mises à jour annuellement. Ces données peuvent être remplacées par les données d'EDS / MICS, si nécessaire.
- **Notes** : la vaccination contre l'hépatite B est incluse dans LIST pour indiquer qu'il s'agit d'une intervention importante fournie pendant les cinq premières années de la vie de l'enfant.
- **Référence de la taille de l'effet** : l'hypothèse actuelle est que la vaccination contre l'hépatite B n'a pas d'impact mesurable sur la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans.

[En haut](#)

Pneumocoque

- **Définition** : le pourcentage des enfants survivant la première année de vie qui ont reçu 3 doses de vaccin contre le pneumocoque.
- **Source de données par défaut** : Données par défaut de l'OMS / UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragepcv3.html), mises à jour annuellement. Ces données peuvent être remplacées par les données d'EDS / MICS, si nécessaire.
- **Notes** : l'effet de groupe par défaut est de 0. Veuillez noter que [l'immunité de groupe](#) peut être ajustée.
- **Référence de la taille de l'effet** : Lucero MG, Dulalia VE, Nillos LT, et al. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing vaccine-type invasive pneumococcal disease and pneumonia with consolidation on x-ray in children under two years of age. (Les vaccins conjugués contre le pneumocoque pour éviter l'infection pneumococcique invasive de type vaccin et la pneumonie avec la consolidation sur radiographie chez les enfants âgés de moins de deux ans). *Cochrane Database Syst Rev* 2009. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19821336>.

[En haut](#)

Rotavirus

- **Définition** : le pourcentage des enfants survivant la première année de vie qui ont reçu 2 ou 3 doses de vaccin antirotavirus (conformément au calendrier du fabricant).
- **Source de données par défaut** : Données par défaut de l'OMS / UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragerota_la_st.html), mises à jour annuellement. Ces données peuvent être remplacées par les données d'EDS / MICS, si nécessaire.
- **Notes** : la taille de l'effet varie par région géographique. L'effet de groupe par défaut est de 0. Veuillez noter que [l'immunité de groupe](#) peut être ajustée.
- **Référence de la taille de l'effet** : Fisher Walker CL, Black RE. Rotavirus vaccine and diarrhea mortality: Quantifying regional variation in effect size. (Vaccin antirotavirus et mortalité due à la diarrhée : quantification de la variation régionale dans la taille de l'effet). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231889/>.

[En haut](#)

Rougeole

- **Définition** : le pourcentage des enfants survivant la première année de vie qui ont reçu 1 dose de vaccin contre la rougeole.
- **Source de données par défaut** : Données par défaut de l'OMS / UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragemcv.html), mises à jour annuellement. Ces données peuvent être remplacées par les données d'EDS / MICS, si nécessaire.
- **Notes** : le modèle par défaut est adapté aux vaccins qui ont déjà été introduits, mais pas nécessairement aux nouveaux vaccins. Le modèle peut ne pas correctement estimer le délai jusqu'à l'élimination de la maladie (les extrémités de la couverture) mais modélisera correctement le contrôle de la maladie. Veuillez noter que l'impact de [l'immunité de groupe](#) peut être ajusté. L'effet de groupe par défaut est de 100% à une couverture de 95%. L'effet des campagnes complémentaires et la vaccination contre la rougeole de deuxième chance peuvent également être calculés.
- **Référence de la taille de l'effet** : Sudfeld CR, Navar AM, Halsey NA. Effectiveness of measles vaccination and vitamin A treatment. (Efficacité de la vaccination contre la rougeole et du traitement à la vitamine A). *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i48-i55. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348126>.

[En haut](#)

Vaccin méningocoque A

- **Définition** : le pourcentage des enfants survivant la première année de vie qui ont reçu un cycle complet du vaccin méningocoque A (conformément au calendrier du fabricant).

- **Source de données par défaut** : Les données par défaut proviennent de l'OMS/UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tscoveragemena.html), mis à jour annuellement.
- **Notes** : par défaut, nous supposons qu'une seule dose constitue la couverture complète.
- **Référence de la taille de l'effet** : Daugla DM, Gami JP, Gamougam K, et al. Effect of a serogroup A meningococcal conjugate vaccine (PsA–TT) on serogroup A meningococcal meningitis and carriage in Chad: a community study (Effet du vaccin conjugué séro-groupe méningocoque A sur la méningite méningocoque séro-groupe A au Tchad: une étude communautaire). Lancet 2014; 383: 40–47. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61612-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61612-8).

[En haut](#)

Vaccin contre la diarrhée Pathogène B

- **Définition** : le pourcentage des enfants survivant la première année de vie qui ont reçu un cycle complet du vaccin Pathogène B.
- **Source de données par défaut** : N/A
- **Notes** : par défaut, nous supposons qu'une seule dose constitue la couverture complète. C'est un espace réservé à des fins de recherche. Il n'y a pas de taille d'effet par défaut. Pour utiliser cet indicateur, l'utilisateur doit saisir les données. Cet indicateur n'est pas disponible dans le modèle standard.
- **Référence de la taille de l'effet** : aucune.

[En haut](#)

Vaccin contre la diarrhée Pathogène C

- **Définition** : le pourcentage des enfants survivant la première année de vie qui ont reçu un cycle complet du vaccin Pathogène C.
- **Source de données par défaut** : N/A
- **Notes** : par défaut, nous supposons qu'une seule dose constitue la couverture complète. C'est un espace réservé à des fins de recherche. Il n'y a pas de taille d'effet par défaut. Pour utiliser cet indicateur, l'utilisateur doit saisir les données. Cet indicateur n'est pas disponible dans le modèle standard.
- **Référence de la taille de l'effet** : aucune.

[En haut](#)

Vaccin contre le paludisme

- **Définition** : le pourcentage des enfants survivant la première année de vie qui ont reçu un cycle complet du vaccin contre le paludisme.
-

- **Source de données par défaut** : N/A
- **Notes**: par défaut, nous supposons qu'une seule dose constitue la couverture complète. C'est un espace réservé à des fins de recherche. Il n'y a pas de taille d'effet par défaut. Pour utiliser cet indicateur, l'utilisateur doit saisir les données. Cet indicateur n'est pas disponible dans le modèle standard.
- **Référence de la taille de l'effet** : aucune.

[En haut](#)

Vaccin D

- **Définition** : le pourcentage des enfants survivant la première année de vie qui ont reçu un cycle complet du vaccin D.
- **Source de données par défaut** : N/A
- **Notes**: par défaut, nous supposons qu'une seule dose constitue la couverture complète. C'est un espace réservé à des fins de recherche. Il n'y a pas de taille d'effet par défaut. Pour utiliser cet indicateur, l'utilisateur doit saisir les données. Cet indicateur n'est pas disponible dans le modèle standard.
- **Référence de la taille de l'effet** : aucune.

[En haut](#)

1.1.3.4.8 Mesures curatives

[Gestion des cas de septicémie maternelle](#) [Gestion des cas de bébés prématurés](#) [Soins thermaux SMK - Soins maternels de type Kangourou](#) [Soins de soutien complets pour les bébés prématurés](#) [Gestion des cas d'infections néonatales sévères](#) [Antibiotiques oraux](#) [Antibiotiques injectables](#) [Soins de soutien complets pour la septicémie / pneumonie](#) [SRO](#) [Antibiotiques -Traitement de la dysenterie](#) [Zinc - Traitement de la diarrhée](#) [Antibiotiques oraux pour la pneumonie](#) [Vitamine A - Traitement de la rougeole](#) [Antipaludiques - Composés à base d'artémisinine pour le paludisme](#) [Alimentation thérapeutique pour la malnutrition aiguë sévère](#) [Traitement de la malnutrition aiguë modérée](#) [Cotrimoxazole](#) [TARV \(pour les enfants\)](#)

Gestion des cas de septicémie maternelle

- **Définition** : le pourcentage des mères récemment accouchées avec une possibilité de septicémie gérée à un niveau de Soins obstétricaux d'urgence primaires (SONUP).
- **Source de données par défaut** : les données de couverture de cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Actuellement définies à 0 comme référence ; l'utilisateur devrait saisir les données locales si possible et si disponibles.
- **Notes** :
- **Référence de la taille de l'effet** : Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. (Estimation de l'impact

des interventions sur la mortalité maternelle par cause spécifique : une approche Delphi). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): [S12. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/).

[En haut](#)

Gestion des cas de bébés prématurés

- **Définition** : la somme des trois niveaux de gestion des nourrissons nés prématurément pendant la période néonatale : soins thermaux, soins maternels de type kangourou, et soins de soutien complets pour la prématurité. Voir ci-dessous pour les détails de chaque intervention.
- **Source de données par défaut** : N/A
- **Notes** : la somme des valeurs de la couverture pour les trois niveaux de soins doit être inférieure ou égale à 100%.
- **Référence de la taille de l'effet** : cette intervention n'a pas d'effet direct, mais fait référence à la somme des trois indicateurs listés ci-dessous.

[En haut](#)

Soins thermaux

- **Définition** : le pourcentage des nouveaux-nés dont la mère retarde le bain du nourrisson et pratique le contact peau-à-peau pour maintenir le contrôle thermique de l'enfant.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. En tant qu'indicateur, il est supposé que tous les bébés accouchés en établissement de santé recevront les soins thermaux adéquats. (Voir la [couverture des interventions liées à la grossesse](#) pour en savoir plus sur les lieux d'accouchement.)
- **Notes** : cela ne profite qu'aux bébés prématurés.
- **Référence de la taille de l'effet** : Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? (Les interventions disponibles peuvent-elles mettre fin à des décès évitables chez les mères, les nouveaux-nés, et les mortinaissances, et à quel prix ?) *Lancet* 2014; 384(9940): 347-70. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24853604>. (Matériel supplémentaire, page 33.)

[En haut](#)

SMK - Soins maternels de type kangourou

- **Définition** : le pourcentage des nouveaux-nés prématurés recevant des Soins maternels de type kangourou (SMK) dans un centre de santé. Les SMK sont définis comme un contact peau-à-peau continu entre la mère et son nouveau-né ainsi que l'allaitement fréquent et exclusif.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture de cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Actuellement définies à 0 comme référence ; l'utilisateur devrait saisir les données locales si possible et si disponibles.

- **Notes :** cela n'a des avantages que pour les bébés prématurés. La fraction affectée est le pourcentage des naissances prématurées qui ont survécu jusqu'au troisième jour (une moyenne de 58%).

Les données sont insuffisantes pour être incluses dans les SMK communautaires.

Les SMK ont un effet dans LiST sur les taux de l'allaitement exclusif (par la composante de promotion de l'allaitement des SMK). Cela apparaîtra dans les résultats de LiST sous "changements dans l'allaitement" plutôt que d'être directement attribués aux SMK.

- **Référence de la taille de l'effet :** Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, et al. 'Kangaroo Mother Care' to prevent deaths due to preterm birth complications. ('Les soins maternels de type kangourou' pour prévenir les décès dus aux complications à la naissance prématurée). *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i44-i54. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348117>.

Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, et al. Kangaroo mother care and neonatal outcomes: A meta-analysis. (Soins maternels de type kangourou et conséquences néonatales : une méta-analyse). *Pediatrics* 2016; 137(1). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26702029>.

[En haut](#)

Soins de soutien complets pour les bébés prématurés

- **Définition :** le pourcentage des bébés nés prématurés ayant accès aux soins de soutien complets et les recevant dans un hôpital, y compris SMK, soutien alimentaire / liquides intraveineux, prévention / gestion des infections, provision d'oxygène, gestion de la jaunisse néonatale, VPPI / VSPPC nasale, et surfactant pour le syndrome de détresse respiratoire.
- **Source de données par défaut :** les données de couverture pour cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Actuellement définies à 0 pour référence ; l'utilisateur devrait saisir des données locales si possible et si disponibles.
- **Notes :**
- **Référence de la taille de l'effet :** Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? (Les interventions disponibles peuvent-elles mettre fin aux décès évitables chez les mères, les nouveaux-nés, et les mortinaissances, et à quel prix ?) *Lancet* 2014; 384(9940): 347-70. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24853604>.

[En haut](#)

Gestion des cas d'infections néonatales sévères

- **Définition :** la somme des trois niveaux des cas de gestion pour les infections sévères pendant la période néonatale : antibiotiques oraux, antibiotiques injectables et soins de soutien complets. Voir ci-dessous les détails de chaque intervention.
- **Source de données par défaut :** N/A

- **Notes** : la somme des trois niveaux de soins doit être inférieure ou égale à 100%.
- **Référence de la taille de l'effet** : cette intervention n'a pas d'effet direct, mais fait référence à la somme des trois indicateurs listés ci-dessous.

[En haut](#)

Antibiotiques oraux

- **Définition** : le pourcentage des nouveaux-nés avec une possibilité de septicémie / pneumonie traités avec des antibiotiques oraux.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture de cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Actuellement définies à 0 comme référence ; l'utilisateur devrait saisir les données locales si possible et si disponibles.
- **Notes** :
- **Référence de la taille de l'effet** : Zaidi AK, Ganatra HA, Syed S, et al. Effect of case management on neonatal mortality due to sepsis and pneumonia. (L'effet de la gestion des cas sur la mortalité néonatale due à la septicémie et à la pneumonie). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501430>.

[En haut](#)

Antibiotiques injectables

- **Définition** : le pourcentage des nouveaux-nés avec une possibilité de septicémie / pneumonie traités avec des antibiotiques injectables.
- **Source de données par défaut** : la couverture des données pour cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. En tant qu'indicateur, il est supposé que tous les bébés accouchés dans un établissement de santé recevront des antibiotiques injectables si nécessaire. (Voir [la couverture des interventions liées à la grossesse](#) pour en savoir plus sur les lieux d'accouchement.)
- **Notes** :
- **Référence de la taille de l'effet** : Zaidi AK, Ganatra HA, Syed S, et al. Effect of case management on neonatal mortality due to sepsis and pneumonia. (L'effet de la gestion des cas sur la mortalité néonatale due à la septicémie et à la pneumonie). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501430>.

[En haut](#)

Soins de soutien complets pour la septicémie / pneumonie

- **Définition** : le pourcentage des nouveaux-nés avec une possibilité de septicémie / pneumonie traités avec des soins de soutien complets dans un hôpital, y compris l'oxygène, des liquides et antibiotiques intraveineux, la transfusion de sang, la photothérapie, etc., si nécessaire.
-

- **Source de données par défaut** : les données de couverture de cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Actuellement définies à 0 comme référence ; l'utilisateur devrait saisir les données locales si possible et si disponibles.
- **Notes** :
- **Référence de la taille de l'effet** : Zaidi AK, Ganatra HA, Syed S, et al. L'effet de la gestion des cas sur la mortalité néonatale due à la septicémie et à la pneumonie. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501430>.

[En haut](#)

SRO - solution de réhydratation orale

- **Définition** : le pourcentage des enfants âgés de 0-59 mois avec une possibilité de diarrhée traités avec une solution de réhydratation orale (SRO), y compris des sachets ou des solutions pré-mélangées. Cet indicateur n'inclut pas la solution préparée à domicile au sucre-sel ou des liquides préparés à domicile recommandés en raison d'un manque de données adéquates.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale.
- **Notes** : il est supposé que 90% de la mortalité due à la diarrhée est susceptible d'être traitée par SRO. Pour changer cette hypothèse, veuillez visiter le [menu Efficacité](#) pour modifier la fraction affectée.

Il s'agit d'un indicateur du traitement adéquat de la diarrhée. Cela ne suggère pas qu'une augmentation des liquides, l'alimentation continue ou la SRO ne devraient pas être recommandées.

- **Référence de la taille de l'effet** : Munos M, Fischer Walker CL, Black RE. The effect of oral rehydration solution and recommended home fluids on diarrhea mortality. (L'effet de la réhydratation orale et des liquides préparés à domicile recommandés sur la mortalité due à la diarrhées). *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i75-i87. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348131>.

[En haut](#)

Antibiotiques - Traitement de la dysenterie

- **Définition** : le pourcentage des enfants âgés de 0-59 mois avec une diarrhée sanglante qui reçoivent un traitement antibiotique adéquat (y compris la ciprofloxacine, la ceftriaxone, le pivmecillinam).
- **Source de données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale.
- **Notes** : il est supposé que 12% de la mortalité due à la diarrhée est attribuée à la dysenterie. (Source: Rahman AE, Moinuddin M, Molla M, et al. Childhood diarrhoeal deaths in seven low- and middle-income countries. *Bulletin (Morts pendant l'enfance dus à la diarrhée dans sept pays à faibles et moyens revenus)* WHO 2014.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25378757>.) Pour changer cette hypothèse, veuillez visiter le menu **Efficacité** pour modifier la fraction affectée.

- **Référence de la taille de l'effet** : Das JK Ali A, Salam RA, et al. Antibiotics for the treatment of Cholera, Shigella and Cryptosporidium in children. (Les antibiotiques pour le traitement du choléra, de la Shigella, du cryptosporidium chez les enfants). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564492>.

[En haut](#)

Zinc - Traitement de la diarrhée

- **Définition** : le pourcentage des enfants âgés de 0-59 mois avec une possibilité de diarrhée traités avec 2 mg de zinc par jour.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale.
- **Notes** :
- **Référence de la taille de l'effet** : Fischer Walker CL, Black RE. Zinc for the treatment of diarrhea: Effect on diarrhea morbidity, mortality and incidence of future episodes. (Le zinc pour le traitement de la diarrhée : l'effet de la diarrhée sur la morbidité, la mortalité et l'incidence de futurs épisodes). *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i63-i69. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348128>.

[En haut](#)

Antibiotiques oraux pour la pneumonie

- **Définition** : le pourcentage des enfants avec une possibilité de pneumonie (symptômes d'une infection respiratoire aiguë) pour lesquels les conseils ou le traitement ont été recherchés auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale. Les demandes de consultations médicales pour la pneumonie sont utilisées en tant qu'indicateur pour le traitement par antibiotiques oraux.
- **Notes** :
- **Référence de la taille de l'effet** : Theodoratou E, Al-Jilaihawi S, Woodward F, et al. The effect of case management on childhood pneumonia mortality in developing countries. (L'effet de la gestion des cas sur la mortalité infantile due à la pneumonie dans les pays en développement). *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i155-i171. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348118>.

[En haut](#)

Vitamine A - Traitement de la rougeole

- **Définition** : le pourcentage des enfants avec la rougeole traités à la vitamine A.
- **Source des données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. A titre indicatif, le pourcentage des enfants âgés de 6-59 mois recevant deux doses de vitamine A en 12 mois ([supplémentation préventive en vitamine A](#)) est utilisé.
- **Notes** :
- **Référence de la taille de l'effet** : Sudfeld CR, Navar AM, Halsey NA. Effectiveness of measles vaccination and vitamin A treatment. (L'efficacité de la vaccination contre la rougeole et du traitement à la vitamine A). *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i48-i55. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348126>.

[En haut](#)

Antipaludiques - Composés d'artémisinine pour le paludisme

- **Définition** : le pourcentage des enfants traités dans les 48 heures de la poussée de fièvre dans les régions où le paludisme est endémique avec un composé contenant de l'artémisinine (thérapie combinée à base d'artémisinine, ou TCA).
- **Source de données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale. Cela inclut les enquêtes sur les indicateurs du paludisme.
- **Notes** : les données historiques mesurent souvent le traitement avec tout antipaludique dans les 48 heures, plutôt que les TCA en particulier. Ces données peuvent être utilisées pour créer une tendance historique, mais il n'y a pas de bon moyen pour convertir "tout antipaludique" en une estimation de la couverture de TCA en raison des différents niveaux d'efficacité.
- **Référence de la taille de l'effet** : Thwing J, Eisele TP, Steketee RW. Protective efficacy of malaria case management for preventing malaria mortality in children: A systematic review for the Lives Saved Tool (Efficacité protectrice de la gestion des cas de paludisme pour prévenir la mortalité due au paludisme chez les enfants : une revue systématique pour l'Outil des Vies Sauvées). *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501431>.

[En haut](#)

Alimentation thérapeutique pour la malnutrition aiguë sévère (MAS)

- **Définition** : le pourcentage des enfants sévèrement émaciés (<-3 Z-score) recevant une alimentation thérapeutique. L'alimentation thérapeutique est un traitement ambulatoire incluant la supplémentation avec des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) et l'éducation maternelle.
- **Source de données par défaut** : Les estimations de couverture sont calculés à partir: UNICEF Global SAM Management Update Tool (NutriDash): 2012 – 2016. Available at www.acutemalnutrition.org.

Les estimations de l'UNICEF-OMS-Groupe Banque Mondial de la malnutrition chez les enfants: 2012 – 2016. Disponible sur: www.acutemalnutrition.org.

- **Notes** : l'alimentation thérapeutique n'est appliquée qu'au pourcentage des enfants sévèrement émaciés. Il déplace les enfants de la catégorie sévèrement émaciés aux catégories modérément (-3 à -2 Z-score) et légèrement (-2 à -1 Z-score) émaciés.
- **Référence de la taille de l'effet** : Lenters LM, Wazny K, Webb P, et al. Treatment of severe and moderate acute malnutrition in low- and middle-income settings: A systematic review, meta-analysis and Delphi process. (Traitement de la malnutrition aiguë modérée dans les structures à faibles et moyens revenus : une revue systématique, une méta-analyse et le processus Delphi). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S23. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847503/>.

Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? (Interventions basées sur les preuves pour améliorer la nutrition de la mère et de l'enfant : que peut-on faire et à quel prix ?) *Lancet* 2013; 382(9890): 352-77. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746776>. (Matériel supplémentaire, page 15.)

[En haut](#)

Traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM)

- **Définition** : le pourcentage des enfants modérément émaciés (-3 à -2 Z-score) recevant un traitement ambulatoire y compris la supplémentation avec des aliments complémentaires prêts à l'emploi (ACPE) et l'éducation maternelle.
- **Source de données par défaut** : les données de couverture pour cet indicateur ne sont généralement pas disponibles. Actuellement définies à 0 comme référence ; l'utilisateur devrait saisir les données locales, si possible et si disponibles.
- **Notes** : le traitement de MAM déplace les enfants de la catégorie modérément émaciés à la catégorie légèrement émaciés (-2 à -1 Z-score).
- **Référence de la taille de l'effet** : Lenters LM, Wazny K, Webb P, et al. Treatment of severe and moderate acute malnutrition in low- and middle-income settings: A systematic review, meta-analysis and Delphi process. (Traitement de la malnutrition aiguë modérée dans les structures à faibles et moyens revenus : une revue systématique, une méta-analyse et le processus Delphi). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S23. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847503/>.

Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? (Interventions basées sur les preuves pour améliorer la nutrition de la mère et de l'enfant : que peut-on faire et à quel prix ?) *Lancet* 2013; 382(9890): 352-77. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746776>. (Matériel supplémentaire, page 15.)

[En haut](#)

Cotrimoxazole

- **Définition** : la couverture et l'efficacité des interventions liées au SIDA et au VIH, telles qu'elles sont spécifiées dans le module AIM.

- **Source de données par défaut** :

- **Notes** :

[En haut](#)

TARV (pour les enfants)

- **Définition** : la couverture et l'efficacité des interventions liées au SIDA et au VIH, telles qu'elles sont spécifiées dans le module AIM.

- **Source de données par défaut** :

- **Notes** :

[En haut](#)

1.1.3.4.9 Émaciation

Lorsque l'option "Entrée directe de la malnutrition aiguë" est cochée dans le menu [Configuration de LiST](#), l'onglet de la malnutrition aiguë apparaît dans le menu Couverture. Dans cet onglet, les utilisateurs peuvent modifier les taux de la malnutrition aiguë par l'option "Indicateur unique pour la malnutrition aiguë" ou l'option "Indicateurs détaillés pour la malnutrition aiguë".

L'objectif de cet indicateur unique est l'agrégat des deux catégories de la malnutrition aiguë inférieures (les plus faibles) pour créer un pourcentage unique des enfants émaciés. (Par exemple, si 2% des enfants sont dans la catégorie <-3 Z-score et 5% des enfants dans la catégorie -3 à -2 z-score, l'indicateur unique affichera "7% des enfants émaciés"). Il se regroupe également à travers les groupes d'âge, pondéré par le nombre de mois dans chaque tranche d'âge (à savoir, <1 mois est supposé représenter 1/60 des enfants, 1-5 mois est supposé représenter 5/60 des enfants, etc.).

Lorsque l'option de l'"indicateur unique" est sélectionnée, la première année (de référence) de l'indicateur unique sera grisée et les autres années seront actives. Dans l'affichage détaillé, la première année sera active (permettant aux utilisateurs de modifier les données de référence ici, si nécessaire), mais les années suivantes seront grisées. Lorsque l'option "affichage détaillé" est sélectionnée, l'indicateur unique restera visible mais il sera entièrement grisé, et l'affichage détaillé sera complètement actif.

Veuillez noter que dans une population saine (supposée avoir une distribution normale de la taille par rapport à l'âge), environ 2,275% de la population tombera sous -2 z-scores (à savoir, plus de 2 déviations standards sous la médiane). Par conséquent, nous ne recommandons pas de définir l'indicateur unique pour la malnutrition aiguë à un taux inférieur à 2,275%, celui-ci étant inférieur à ce qui est considéré normal pour une population saine.

Distribution de la malnutrition aiguë

- **Définition** : la distribution du pourcentage des enfants qui tombent dans l'une des quatre catégories Z-score pour le poids par rapport à la taille : <-3Z (malnutrition aiguë sévère), -3 à -

2Z (malnutrition aiguë modérée), -2 à -1Z (malnutrition aiguë légère), et >-1Z (sans malnutrition aiguë). La malnutrition aiguë reflète une dénutrition sévère.

- **Source de données par défaut** : les données ont été recalculées pour des raisons de cohérence entre les pays, en utilisant les ensembles des données EDS et MICS. Cela permet également de garantir que les valeurs reflètent les groupes d'âge d'intérêt exacts.
- **Notes** : les données ventilées ne sont pas disponibles pour 0-1 et 1-5 mois. En tant qu'indicateur, les valeurs de 0-6 mois sont appliquées aux deux groupes d'âge.

1.1.3.4.10 Risques de la fécondité

[Âge maternel et ordre des naissances](#) [Intervalles des naissances](#)

Âge maternel et ordre des naissances

- **Définition** : la distribution de toutes les naissances, catégorisée par l'âge maternel et la parité de la naissance.
- **Source des données par défaut** : les données sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale ; la somme de toutes les catégories doit équivaloir à 100%.
- **Notes** :
- **Référence de la taille de l'effet** : Kozuki N, Lee ACC, Silveira MF, et al. The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. (Les associations de la parité et l'âge maternel aux enfants petits pour l'âge gestationnel, prématurés, et à la mortalité néonatale et infantile : une méta-analyse). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847520/>. (Les risques relatifs sont tirés des calculs non publiés associés à l'article.)

[En haut](#)

Intervalles des naissances

- **Définition** : la distribution de toutes les naissances, catégorisée par le nombre de mois entre les naissances.
- **Source des données par défaut** : les données sont tirées des EDS, MICS, et d'autres enquêtes de ménage représentatives à l'échelle nationale ; la somme de toutes les catégories doit totaliser 100%.
- **Notes** :
- **Référence de la taille de l'effet** : Kozuki N, Lee ACC, Silbeira MF, et al. The associations of birth intervals with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. (Les associations des intervalles des naissances aux enfants petits pour l'âge gestationnel, prématurés et à la mortalité néonatale et infantile : une méta-analyse.) *BMC*

Public Health 2013; 13(Suppl 3): S3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847557/>.
(Les risques publiés sont tirés de calculs non publiés associés à l'article.)

[En haut](#)

1.1.3.5 Efficacité

1. Les groupements de l'éditeur d'efficacité montrent les valeurs par défaut pour l'efficacité (le pourcentage des décès dus à une cause spécifique qui sont réduits par l'intervention) et la fraction affectée (le pourcentage des décès dus à une cause spécifique qui sont potentiellement susceptibles d'être influencés par une intervention spécifique) pour chaque intervention sur la santé de la mère ou de l'enfant. Les références pour les données d'efficacité sont incluses sous chaque intervention dans la rubrique "[Couverture](#)" du Manuel d'aide.
2. Les quatre premiers groupements de l'éditeur (maternel, mortalité, <1, et 1-59 mois) ont des éditeurs d'écran organisés par cause de décès, qui affichent les valeurs par défaut par intervention et groupe d'âge, si applicable.
3. Vous ne pourrez voir que les interventions qui affectent la cause de décès pertinente (dans l'onglet sélectionné), qui est la présentation par défaut ; ou vous pourrez choisir d'afficher la liste complète des interventions (y compris celles sans effets par défaut sur la cause de décès pertinente) en cochant la case "Afficher tous les éléments".
4. Si vous souhaitez modifier les valeurs par défaut pour l'efficacité ou la fraction affectée, cliquez n'importe où dans l'éditeur pour l'activer et saisir les données. Parce que les valeurs par défaut sont basées sur une étude scientifique rigoureuse et nécessitent probablement pas de modification, la cellule de toute valeur par défaut que vous changez sera surlignée en **rouge** pour montrer que la valeur a été modifiée par rapport à la valeur par défaut.
5. Cliquez sur le bouton "Afficher les valeurs par défaut" si vous souhaitez afficher la valeur d'une cellule qui a été saisie par comparaison à la valeur par défaut. Si, à tout moment, vous décidez que vous préférez rétablir les valeurs par défaut par rapport aux données que vous avez saisies, cliquez sur le bouton "Restaurer les valeurs par défaut", et les valeurs par défaut pour tous les indicateurs de l'éditeur seront restaurées. Le bouton "Restaurer les valeurs par défaut" fonctionne séparément pour chaque éditeur et ne rétablira que les valeurs de l'éditeur sur lesquelles vous travaillez.

1.1.3.5.1 Efficacité des interventions (maternelles)

L'éditeur d'efficacité des interventions associées aux décès maternels montre les valeurs pour l'efficacité (le pourcentage des décès dus à une cause spécifique qui sont réduits par l'intervention) et la fraction affectée (le pourcentage des décès dus à une cause spécifique qui sont potentiellement susceptibles d'être influencés par une intervention spécifique) pour chaque intervention sur la santé de la mère ou de l'enfant. Veuillez consulter la page d'aide sur l'"[Efficacité](#)" pour en savoir plus.

Les onglets de cet éditeur sont organisés par cause de décès et affichent les valeurs par défaut par intervention. Veuillez noter que chaque onglet contient un tableau pour l'"efficacité des interventions (maternelles)", qui inclut des interventions qui précèdent l'accouchement / la naissance (période périconceptuelle et période de la grossesse) et après l'accouchement / la naissance, et un tableau pour l'"efficacité de l'accouchement maternel", qui inclut les interventions fournies pendant l'accouchement / la naissance.

Veuillez consulter les pages sur la Couverture pour en savoir plus sur les références de la taille de l'effet.

1.1.3.5.2 Efficacité des interventions (mortinaissances)

L'éditeur d'efficacité des interventions associées aux mortinaissances montre les valeurs pour l'efficacité (le pourcentage des décès dus à une cause spécifique qui sont réduits par l'intervention) et la fraction affectée (le pourcentage des décès dus à une cause spécifique qui sont potentiellement susceptibles d'être influencés par une intervention spécifique) pour chaque intervention sur la santé de la mère ou de l'enfant. Veuillez consulter la page d'aide sur l'"[Efficacité](#)" pour en savoir plus.

Les onglets de cet éditeur sont organisés par cause de décès et affichent les valeurs par défaut par intervention.

Veuillez consulter les pages sur la Couverture pour en savoir plus sur les références de la taille de l'effet.

1.1.3.5.3 Efficacité des interventions (<1 mois)

L'éditeur d'efficacité des interventions associées à la mortalité néonatale montre les valeurs pour l'efficacité (le pourcentage des décès dus à une cause spécifique qui sont réduits par l'intervention) et la fraction affectée (le pourcentage des décès dus à une cause spécifique qui sont potentiellement susceptibles d'être influencés par une intervention spécifique) pour chaque intervention sur la santé de la mère ou de l'enfant. Veuillez consulter la page d'aide sur l'"[Efficacité](#)" pour en savoir plus.

Les onglets de cet éditeur sont organisés par cause de décès et affichent les valeurs par défaut par intervention. Veuillez noter que chaque onglet contient un tableau pour l'"efficacité des interventions (<1 mois), qui inclut des interventions qui précèdent l'accouchement / la naissance (période périconceptuelle et période de la grossesse) et après l'accouchement / la naissance, et un tableau pour l'"efficacité de l'accouchement néonatal", qui inclut les interventions fournies pendant l'accouchement / la naissance.

Veuillez consulter les pages sur la Couverture pour en savoir plus sur les références de la taille de l'effet.

1.1.3.5.4 Efficacité des interventions (1-59 mois)

L'éditeur d'efficacité pour les interventions associées à la mortalité infantile post-néonatale montre les valeurs pour l'efficacité (le pourcentage des décès dus à une cause spécifique qui sont réduits par l'intervention) et la fraction affectée (le pourcentage des décès dus à une cause spécifique qui sont potentiellement susceptibles d'être influencés par une intervention spécifique) pour chaque intervention sur la santé de la mère ou de l'enfant. Veuillez consulter la page d'aide sur l'"[Efficacité](#)" pour en savoir plus.

Les onglets de cet éditeur sont organisés par cause de décès et affichent les valeurs par défaut par intervention et par groupe d'âge (1-5 mois, 6-11 mois, 12-23 mois, et 24-59 mois).

Veuillez consulter les pages sur la Couverture pour des informations sur les références de la taille des effets.

1.1.3.5.5 Efficacité des interventions sur l'incidence

L'éditeur d'efficacité des interventions sur l'incidence de la maladie montre les valeurs pour l'efficacité (le pourcentage des décès dus à une cause spécifique qui sont réduits par l'intervention) et la fraction affectée (le pourcentage des décès dus à une cause spécifique qui sont potentiellement susceptibles d'être influencés par une intervention spécifique) pour chaque intervention sur la santé de la mère ou de l'enfant. Veuillez consulter la page d'aide sur l'"[Efficacité](#)" pour en savoir plus.

Les onglets de cet éditeur sont organisés par incidence de la maladie et groupe d'âge, et affichent les valeurs par défaut par intervention.

Veillez consulter les pages sur la Couverture pour en savoir plus sur les références de la taille de l'effet.

1.1.3.5.6 Efficacité des vaccins (approche de la cohorte)

L'éditeur d'efficacité des vaccins (approche de cohorte) montre les valeurs pour l'efficacité (le pourcentage des décès dus à une cause spécifique qui sont réduits par l'intervention) et la fraction affectée (le pourcentage des décès dus à une cause spécifique qui sont potentiellement susceptibles d'être influencés par une intervention spécifique) pour chaque vaccin. Veuillez consulter la page d'aide sur l'"[Efficacité](#)" pour en savoir plus.

Les onglets de cet éditeur sont organisés par type de vaccin et affichent les valeurs par défaut par cause de décès, nombre de doses, et âge affecté, si applicable.

Veillez consulter les pages sur la Couverture pour en savoir plus sur les références de la taille de l'effet.

1.1.3.5.7 Efficacité des vaccins de groupe

Les onglets de cet éditeur sont organisés par type de vaccin (cet éditeur inclut également des moustiquaires) et affichent l'effet de groupe par cohorte d'âge, taux de couverture du vaccin, et maladie affectée (les onglets en bas du tableau).

Les baisses de la mortalité dues aux vaccins sont modélisées sur la base de l'efficacité du vaccin spécifique à l'enfant recevant l'immunisation et un effet de groupe. L'effet de groupe est modélisé comme le pourcentage des enfants non protégés (la somme de la population non vaccinée et les échecs du vaccin) qui sont protégés par la baisse de transmission de la maladie résultant de l'augmentation des taux d'immunisation. Les paramètres de l'effet de groupe sont saisis comme le pourcentage de la population non protégée qui est protégée pour des fourchettes de cinq points de pourcentage commençant à 0 pour cent de couverture. Actuellement, la valeur par défaut pour l'effet de groupe est de zéro pour tous les vaccins à l'exception de la rougeole, où l'effet de groupe est supposé être de 1,00 lorsque la couverture atteint 95 pour cent, éliminant la transmission locale de la maladie.

Veillez noter qu'actuellement, en raison de la structure du programme de LiST, l'effet de groupe n'est pas calculé correctement lorsque la couverture est en baisse. Il est donc désactivé lorsque la couverture du vaccin spécifique baisse.

1.1.3.5.8 Efficacité des interventions en matière de nutrition

Cet éditeur montre l'efficacité des interventions en matière de nutrition, pas directement sur la mortalité, mais plutôt sur les variables intermédiaires des résultats à la naissance (PAG / prématuré), les taux de malnutrition chronique, les taux de la malnutrition aiguë sévère, l'anémie maternelle, et la promotion de l'allaitement.

Veillez noter que les informations sur l'efficacité peuvent être affichées comme des risques relatifs, des rapports des chances, ou des taux de rétablissement au sein des divers onglets.

Facteurs de conversion de faible poids à la naissance

- **Définition:** calcul du pourcentage de la totalité des naissances qui sont catégorisées "poids faible" selon les proportions de naissances à poids faibles spécifiques à la région dans chaque catégorie de naissance.
- **Notes:**
- **Effect size reference:** Kozuki N, Katz J, Clermont A, Walker N and the Child Health Epidemiology Reference Group SGA-Preterm Birth Working Group. New Option in the Lives Saved Tool (LiST) Allows for the Conversion of Prevalence of Small-for-Gestational-Age and Preterm Births to Prevalence of Low Birth Weight: A Delphi approach. (Nouvelle option dans l'Outil de Vies Sauvées (LiST) permettant pour la conversion de la prévalence de petit pour âge gestationnel et naissances prématurées en prévalence de faible poids à la naissance: Une approche Delphi). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S12.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[Top](#)

Veillez consulter les pages sur la Couverture pour en savoir plus sur les références de la taille de l'effet.

1.1.3.5.9 Impact de la dénutrition sur la mortalité

[Impact de la malnutrition chronique sur la mortalité](#) [Impact de la malnutrition aiguë sur la mortalité](#)
[Impact des résultats à la naissance sur la mortalité](#) [Impact de l'allaitement sur la mortalité](#)

En s'appuyant sur les informations contenues dans "Efficacité des interventions en matière de nutrition", cet éditeur calcule l'impact des taux de malnutrition chronique, des taux de la malnutrition aiguë, des résultats à la naissance (PAG / prématurés), et des taux de l'allaitement sur la mortalité infantile. Les onglets de cet éditeur sont organisés par cause de décès et cohorte d'âge ou groupe de résultats à la naissance. Veuillez noter que les informations sur l'efficacité sont affichées comme des risques relatifs.

Impact de la malnutrition chronique sur la mortalité

- **Référence de la taille de l'effet :** Olofin I, McDonald CM, Ezzati M, et al. Associations of Suboptimal Growth with All-Cause and Cause-Specific Mortality in Children under Five Years: A Pooled Analysis of Ten Prospective Studies. (Associations de la croissance sous-optimale à la mortalité par toutes les causes et par cause spécifique chez les enfants âgés de moins de cinq ans : une analyse combinée de dix études prospectives). *PLOS One* 2013; 8(5): e64636.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3667136/>.

- **Notes :**

[En haut](#)

Impact de la malnutrition aiguë sur la mortalité

- **Référence de la taille de l'effet :** Olofin I, McDonald CM, Ezzati M, et al. Associations of Suboptimal Growth with All-Cause and Cause-Specific Mortality in Children under Five Years: A Pooled Analysis of Ten Prospective Studies. (Associations de la croissance sous-optimale à la mortalité par toutes les causes et par cause spécifique chez les enfants âgés de moins de

cinq ans : une analyse combinée de dix études prospectives). PLOS One 2013; 8(5): e64636. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3667136/>.

- **Notes :**

[En haut](#)

Impact des résultats à la naissance sur la mortalité

- **Référence de la taille de l'effet :** Katz J, Lee AC, Kozuki N, et al. Mortality risk in preterm and small-for-gestational-age infants in low-income and middle-income countries: A pooled country analysis. (Risque de mortalité chez les nourrissons prématurés et petits pour leur âge gestationnel dans les pays à faibles et moyens revenus : une analyse combinée des pays). *Lancet* 2013; 382(9890): 417–25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746775>.
- **Notes :** cet article indique l'effet général de la mortalité néonatale. À travers une discussion avec les auteurs, nous avons émis quelques hypothèses sur les causes de décès qui sont probablement associées à l'état à terme et à l'âge gestationnel des enfants. Puisque l'effet général n'est appliqué qu'à un sous-ensemble de naissances, cela sous-estime l'impact total. Le risque relatif associé à la prématurité est calculé sur la base de la solide hypothèse qu'il n'y a pas de sélection dans laquelle les naissances prématurées sont évitées.

[En haut](#)

Impact de l'allaitement sur la mortalité

- **Référence de la taille de l'effet :** Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. (Dénutrition et surpoids de la mère et de l'enfant dans les pays à faibles et moyens revenus). *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>. (Matériel supplémentaire - Tableau Web 17.)

NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Global Health* 2016; 4(4): e266-75. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27013313>.

- **Notes :**

[En haut](#)

Impact de l'anémie sur la mortalité maternelle

- **Référence de la taille de l'effet:** Murray-Kolb, L. Maternal Mortality, Child Mortality, Perinatal Mortality, Child Cognition, and Estimates of Prevalence of Anemia due to Iron Deficiency. (Mortalité maternelle, infantile, perinatale, cognition infantile, et estimations de la prévalence de l'anémie due à des carences en fer). CHERG.org 2010. <http://cherg.org/publications/iron-report.pdf>

Fraction affectée: % des femmes avec l'anémie sévère. Source: Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. (Tendances globales,

régionales et nationales dans la concentration d'hémoglobine chez les enfants et les femmes non-enceintes et les femmes enceintes pour 1995-2011 : une analyse systématique de données représentatives de la population) Lancet Global Health 2013; 1(1): e16-25.

- **Notes:** La relation entre l'anémie et la mortalité maternelle dans LiST est expliquée dans cette note technique:
http://www.livessavedtool.org/images/documents/Technical_Notes/Anemia-and-Maternal-Mortality-in-LiST.pdf

[Top](#)

1.1.3.6 Coûts des intrants

1.1.3.6.1 Introduction

Les Coûts LiST fournissent un moyen d'estimer les ressources financières et humaines pour livré un paquet d'interventions.

Des questions peuvent être explorées, telles que: Quel financement est nécessaire pour atteindre les objectifs du plan stratégique? Quels objectifs peuvent être atteints avec les ressources actuelles? Quel est l'impact de différentes allocations des ressources en termes des coûts totaux et les objectifs du plan stratégique?

En utilisant les Coûts LiST conjointement avec le module LiST standard, des scénarios peuvent être développés en variant des paramètres tels que les intrants au niveau des coûts, la couverture des interventions, et/ou d'autres intrants, et peuvent ensuite être évalués sur la base de l'impact de la mortalité maternelle et infantile et la morbidité et coûts associés pour un paquet d'intervention.

1.1.3.6.2 Configuration

Si les Coûts LiST sont activés, l'utilisateur/trice a access à un onglet additionnel dans la configuration de LiST appelé "Currency and inflation" (Devise et inflation). Dans cet onglet, l'utilisateur/trice peut déterminer le taux d'échange, désigner quelle devise il/elle souhaite utiliser pour saisir les coûts, et y saisir un taux d'inflation.

Si l'utilisateur/trice souhaite saisir les coûts en dollars, il/elle doit cocher la case qui dit qu'il/elle veut saisir les coûts en USD au lieu de la devise locale. Les résultats peuvent être produits dans l'une devise ou l'autre, sur la base de la sélection dans l'éditeur des résultats. Ils seront calculés entre les devises sur la base du taux d'échange saisi dans l'éditeur "Currency and inflation" (Devise et inflation).

Configuration **Currency and inflation**

Currency and exchange rate

Enter name of currency and exchange rate relative to the US Dollar. The default exchange rate is the ratio of the GDP of your country or region evaluated at current prices divided by the US dollar country's or region's GDP. The values of GDP are from the World Economic Outlook.

Currency

	2017	2018	2019	2020	2021
Exchange rate	24.52	24.52	24.52	24.52	24.52

Enter costs in USD instead of the currency specified above


Inflation rates

Inflation GDP deflator

Enter inflation rates (percent per year)

	2017	2018	2019	2020	2021
Domestic inflation rate		0.0	0.0	0.0	0.0
USD inflation rate		0.0	0.0	0.0	0.0

Costing outputs can be accessed either as nominal values or values adjusted for inflation via the output.

Ok Cancel  Help

1.1.3.6.3 Staff baseline data

Les données sur le personnel de base sont déjà entrées avec des suppositions pour les salaires, avantages, et utilisation de temps tirés de [WHO CHOICE](#). Ces points de données sont utilisés pour estimer un coût par minute, qui est combiné avec l'information de l'éditeur "Treatment Inputs" (Entrants de Traitement) pour estimer les coûts laboraux pour livrer les différentes interventions. Les utilisateurs/trices sont encouragés à réviser ces suppositions si des données locales plus exactes sont disponibles.

Les salaires sont présumés salaires annuels pour une personne à temps plein, dans la devise locale ou en dollars américains dépendant de la sélection faite par l'utilisateur/trice dans la Configuration LiST. Les avantages sont calculés en tant que pourcentage de ces coûts, et les entrées pour jours travaillés par année et heures travaillées par jour sont utilisés pour convertir les suppositions pour ce qu'un(e) employé(e) à temps plein peut faire en coût par minute.

1.1.3.6.4 Intervention costing (target population, population in need, coverage, and delivery channels)

Les déterminants pour les coûts d'intervention sont le **nombre de personnes** recevant l'intervention et la **quantité de ressources** nécessaires pour livrer l'intervention par personne.

Afin de calculer le nombre de personnes recevant les services, les Coûts LiST inclue des champs pour saisir les données pour:

- La population cible
- La population dans le besoins

La couverture est tirée du [menu de couverture dans LiST](#).

Les trois éléments ci-dessus doivent contenir des données pour que l'outil puisse estimer le nombre de personnes qui reçoivent les interventions chaque année. Le modèle de calcul est:

$$\text{Population cible} * \text{population dans le besoins} * \text{couverture} = \text{nombre de services}$$

Population cible: Ceci est défini comme la population qui pourrait recevoir l'intervention. Il y a des défauts globales disponibles pour chaque intervention.

Exemples de populations cibles:

- Femmes enceintes
- Enfants âgés <1 mois
- Enfants âgés 0-59 mois
- Enfants âgés 1-59 mois
- Population totale

Les populations cibles, qui représentent des groupes déterminés par l'âge sont tirés du module DemProj, tout comme les événements démographiques tels que les grossesses et les naissances. L'utilisateur/trice peut sélectionner dans un menu déroulant des populations par défaut, ou spécifier la population cible pour chaque intervention tel que montré ci-dessous:

Select a target population for each intervention

Intervention	Target population	Sex	Starting age	Ending age
Safe abortion services	Abortions	▼		
Post abortion case management	Abortions	▼		
Ectopic pregnancy case management	Pregnant women	▼		
Blanket iron supplementation/fortification	Total population	▼		
Pregnancy				
Routine				
TT - Tetanus toxoid vaccination	Pregnant women	▼		
IPTp - Intermittent preventive treatment of malaria during pregnancy	Pregnant women	▲		
Syphilis detection and treatment	Live births Live births and stillbirths Children < 1	▼		
Nutritional				
Calcium supplementation	Abortions Children 0-59 months Children 1-59 months Children 6-59 months	▼		
Micronutrient supplementation (iron and multiple micronutrients)	Pregnant women	▼		
Iron supplementation in pregnancy	Pregnant women	▼		

Enable searching

La seconde option est de sélectionner une population cible basée sur l'âge et le sexe. Pour ce faire, sélectionnez "Custom Target Population" (population cible personnalisé) dans le menu déroulant, et saisissez les caractéristiques nécessaires (âge et sexe).

Intervention	Target population	Sex	Starting age	Ending age
Case management of premature babies				
Thermal care	Live births			
KMC - Kangaroo mother care	Live births			
Full supportive care for prematurity	Live births			
Case management of neonatal sepsis/pneumonia				
Oral antibiotics for neonatal sepsis/pneumonia	Live births			
Injectable antibiotics for neonatal sepsis/pneumonia	Live births			
Full supportive care for neonatal sepsis/pneumonia	Live births			
Diarrhea				
ORS - oral rehydration solution	Custom target population	Both sexes	0	80+
Antibiotics for treatment of dysentery	Children 0-59 months			
Zinc for treatment of diarrhea	Children 0-59 months			
Other infectious diseases				

Find next Find previous Highlight

La troisième option est de saisir la population directement, mais en sélectionnant "Direct Entry" (entrée directe) à partir du menu déroulant. Quand un(e) utilisateur/trice le sélectionne, il/elle aura l'opportunité d'entrer un nombre pour la population cible de leur choix en faisant un double clic sur le nom de l'intervention.

Select a target population for each intervention

Intervention	Target population	Sex	Starting age	Ending age
Case management of premature babies				
Thermal care	Live births			
KMC - Kangaroo mother care	Live births			
Full supportive care for prematurity	Live births			
Case management of neonatal sepsis/pneumonia				
Oral antibiotics for neonatal sepsis/pneumonia	Live births			
Injectable antibiotics for neonatal sepsis/pneumonia	Live births			
Full supportive care for neonatal sepsis/pneumonia	Live births			
Diarrhea				
ORS - oral rehydration solution	Direct entry			
Antibiotics for treatment of dysentery	Children 0-59 months			
Zinc for treatment of diarrhea	Children 0-59 months			
Other infectious diseases				

Find next Find previous Highlight

Note

Double-click on the intervention name to enter target population data by year.

Ok

Select direct entry then double click on intervention name

Population dans le besoins: Cette section est utilisée pour identifier quelle partie de la population cible a besoins de l'intervention, par année. Pour la majorité des interventions préventives, la partie sera 100%. Par exemple, les consultations prénatales seront nécessaires pour l'ensemble des femmes

enceintes. La population dans le besoins est déterminée par l'incidence et la prévalence des conditions, ainsi que par les lignes directrices du traitement.

Dans certains cas, la population dans le besoins pourrait être > 100%. Par exemple, dans le cas de la gestion de cas de diarrhée par SRO, la population cible est les enfants âgés 0-59 mois. Si nous mettons 100% pour la population dans le besoins, ça veut dire que chaque enfant recevra en moyenne une intervention par année. Cependant, dans plusieurs contextes, l'incidence de diarrhée peut être supérieur à 1. Par exemple, si l'incidence de diarrhée chez les enfants est estimée être 3.5 cas par année, la population dans le besoins serait 350%. Si 1% des cas de diarrhée sont estimés sévères, alors la population ayant besoins du traitement pour la diarrhée sévère sera de 3.5% (calculé comme 350% x 1%).

Pour un autre exemple, on peut prendre le traitement du paludisme chez les femmes enceintes. Ici, la population cible est les femmes enceinte, et la population ayant besoins est la proportion des femmes enceintes qui auront besoins de traitement pour le paludisme, par année.

L'information détaillée pour les sources de chacune des suppositions se trouve dans le manuel des suppositions sur les interventions (en cours de production).

1.1.3.6.5 Treatment inputs

Les entrants pour les traitements pour chaque intervention spécifient les médicaments et consommables nécessaires (par exemple: gants, seringues), le temps du prestataire, et le nombre de consultations internes et externes nécessaires pour la livraison efficace de l'intervention. Ils sont tirés des suppositions développées pour l'outil OneHealth (<http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/>) et documenté dans le manuel de suppositions sur les interventions (en production). Ces intrants ont été développés sur la base des normes de l'OMS lorsque possible, avec des contributions d'experts lorsque les normes n'étaient pas disponibles. Les prix pour les médicaments et consommables sont tirés des sources internationales telles que le [MSH Drug Price Indicator Guide](#), [UNICEF supply catalog](#), et le [Global Price Reporting Mechanism](#).

Les intrants pour les traitements par défaut sont fournis à un niveau global, avec aucune variation par pays, mais ces intrants peuvent être ajustés au contexte local d'un pays. Les utilisateurs/trices peuvent changer les suppositions de médicaments et consommables utilisés, le temps du prestataire et le nombre de visites, ainsi que le prix unitaire pour tout intrant. Dans un cas pays typique, les équipes pays revisitent toutes les suppositions des données exhaustivement, en particulier les prix des intrants du pays, et changent les données par défaut pour mieux refléter le contexte de leur pays au niveau des normes et pratiques.

Voir l'exemple ci-dessous pour la vaccination à l'anatoxine tétanique. Pour chaque intervention, comme dans cet exemple, les utilisateurs/trices peuvent réviser les intrants existants pour les médicaments et les fournitures, temps du prestataire par type, et les visites internes et externes. Chaque élément peut être modifié - incluant ajouter d'autres médicaments ou fournitures, et changer le prix unitaire (en faisant un double clic sur la cellule du prix unitaire ["Unit cost"]).

TT - Tetanus toxoid vaccination, clinic level

Drugs and supplies									
Drug/Supply	Percent receiving this aspect of the treatment	Note	Number of units	Times per day	Days per case	Units per case	Unit cost (USD) (2017)	Cost per average case (USD) (2017)	
Tetanus toxoid, injection	100.0		1.0	1	2	2	0.06	0.12	
Syringe, needle + swab	100.0		1.0	1	2	2	0.05	0.10	
Total cost								0.22	

TT - Tetanus toxoid vaccination, clinic level

Medical personnel					
Staff type	Percent treated by	Note	Minutes	Number of days/visits	Total minutes
Midwives	100.0			3	5.00
Total minutes					5.00

TT - Tetanus toxoid vaccination, clinic level

Outpatient visits and inpatient days				
	Percent receiving	Note	Units per case	Total visits
Outpatient visits	100.0		2	2.0
Total visits				2.0

1.1.3.6.6 Other - recurrent and capital costs

Le coût par consultation externe ou journée d'hospitalisation ont été calculés par l'OMS au niveau pays et sont disponibles dans le [site web WHO-CHOICE](#). Veuillez noter que les coûts qui sont disponible sur cette page web sont définies par l'OMS en tant que le coût "hôtel" des consultations externes et des hospitalisations, c'est-à-dire tous les coûts à l'exception des médicaments et des coûts de laboratoire. Autrement dit, les prix de visite externe ou de jour d'hospitalisation contienne des coûts directs et indirects, ainsi que les coûts de personnel et le coût des fournitures.

En estimant la proportion des coûts WHO-CHOICE des consultations externes ou de jours d'hospitalisation qui sont associés aux autres coûts directs et coûts indirects, ces proportions peuvent donc être appliqués pour ajuster le prix des consultations externes ou de jours d'hospitalisation pour chaque intervention dans LiST. Pour calculer les coûts indirects et directs pour chaque intervention, nous pouvons utiliser le nombre de consultations externes ou de jours d'hospitalisation pour chaque intervention (déjà disponible dans LiST), et multiplier ces quantités par la proportion du prix propre au pays d'une consultation externe ou de jour d'hospitalisation qui est attribuable aux autres coûts directs ou indirects.

Ces coûts sont ensuite multipliés par le nombre de consultations externes ou de jours d'hospitalisation associés pour chaque service pour donner un coût total pour les autres coûts récurrents et capitaux.

1.1.3.6.7 Delivery channels

Les Coûts LiST donnent l'option de différencier la prestation des services par canal de prestation de service ou par niveau - c'est-à-dire à travers la communauté, sensibilisation communautaire, cliniques, et hospitalier. Les utilisateurs/trices peuvent spécifier les intrants différents pour les traitements (médicaments, temps du prestataire, et consultations internes/jours d'hospitalisation pour chaque niveau), sur la base des différents accès aux ressources aux niveaux différents dans le pays. Les résultats peuvent aussi être produits par niveau, permettant l'analyse des implications pour les coûts lors d'un changement de niveau pour les services, ainsi que la quantité de ressources nécessaires pour amplifier un service.

L'éditeur de canal de prestation de services permet à l'utilisateur/trice de saisir les données de base et cible pour la distribution des services (c'est-à-dire quelle proportion de chaque intervention est livrée à chaque niveau dans la première et dernière année de la projection). Une interpolation linéaire prend lieu entre ces deux points pour peupler les années intérimaires.

Une distribution par défaut est fournie, basée sur des consultations avec des experts de l'OMS.

1.1.3.6.8 Program costs

Les catégories de coûts programmatiques peuvent être configurés ou changés en utilisant les boutons Ajouter/Editer/Supprimer. Ces coûts ont pour but de capturer les coûts associés à la prestation de services de SMNI de LiST et de Coûts LiST. Les utilisateurs/trices ont l'option de saisir les coûts soit comme pourcentage des coûts directs, ou comme nombre absolu (chaque coût programmatique peut être configuré comme pourcentage ou nombre absolu dans le menu déroulant).

Des coûts programmatiques par défaut par catégorie et par pourcentage sont fournis sur la base des [exercices de coûts de nutrition SUN](#), les [études sur la vaccination EPIC](#), et [évaluation des coûts du SIDA](#) (voir le tableau détaillé ci-dessous). Les utilisateurs/trices sont encouragés à adapter ces catégories de coûts et le niveau présumé des coûts sur la base des récentes données du pays si disponible.

Catégorie	Option	Source
Ressources humaines spécifiques au programme	Pourcentage	1%
Formation	Pourcentage	1% Etudes EPIC
Supervision	Pourcentage	2% Etudes EPIC
Suivi et évaluation	Pourcentage	2% Etudes EPIC
Infrastructure	Pourcentage	2% NASA
Transport	Pourcentage	2% Planification compréhensive des vaccins (OMS)

Communication, média, et sensibilisation	Pourcentage	1%	Plans de nutritons chiffrés par SUN
Plaidoyer	Pourcentage	1%	Etudes EPIC
Gestion de projet général	Pourcentage	2%	Etudes EPIC
Formation d'agents de santé communautaire	Pourcentage	1%	Estimations d'experts (pas de données)
Autre	Pourcentage	0%	
Total		15%	

1.1.4 Méthodologie

Choisir un ensemble optimal d'interventions sur la santé de l'enfant pour un impact maximal sur la mortalité est important dans les environnements politiques pauvres en ressources. L'Outil des Vies Sauvées (LiST) est un modèle informatisé qui estime l'impact sur la mortalité et la mortinatalité de l'intensification des interventions éprouvées sur la santé de la mère et de l'enfant. Pour modéliser les impacts sur la santé de l'enfant, LiST utilise le moteur démographique de Spectrum (DemProj), qui calcule le nombre de décès ventilés par tranche d'âge, tout en utilisant les taux de mortalité néonatale, infantile et des enfants âgés de moins de cinq ans de LiST. Ensuite, il superpose la mortalité par le SIDA directement liée aux enfants par rapport au Module d'Impact du SIDA (AIM), basé sur la prévalence du SIDA dans l'ensemble de la population pour calculer le nombre total de décès attribuables au SIDA. Les causes de décès individuelles non attribuables au SIDA sont ensuite superposées sur tous les décès non attribuables au SIDA chez les enfants pendant la période néonatale et la période 1-59 mois.

LiST estime l'impact sur la mortalité à travers cinq tranches d'âge : 0 mois, 1-5 mois, 6-11 mois, 12-23 mois, et 24-59 mois. Pour chacune de ces tranches d'âge, les baisses de mortalité attribuables à une cause spécifique sont estimées en appliquant l'efficacité des interventions et les fractions affectées aux changements de couverture des interventions. Les impacts des interventions sont calculés séparément pour huit causes de décès pendant la période néonatale, et neuf causes de décès pendant la période 1-59 mois. Les corrections sont alors apportées à cette simple équation pour corriger l'impact de la couverture atteint avant la période de projection. L'impact des interventions est calculé en groupes, pour que les interventions périconceptuelles, anténatales et liées à l'accouchement, successivement, aient la première "occasion" d'éviter la mortalité, avec des interventions préventives ayant un impact ultérieur sur la mortalité et laissant celles qui sont plus curatives, par nature, réduire le reste de la mortalité qui n'est pas réduite. Donc, chaque enfant qui est "sauvé" est alors susceptible de mourir d'une autre cause pendant la période d'âge subséquente.

Simultanément, les interventions en matière de nutrition peuvent avoir un impact sur l'état nutritionnel ou directement sur la mortalité. Dans le premier cas, LiST agit comme un modèle de cohorte où les états nutritionnels actuels tels que la malnutrition chronique et le retard de croissance intra-utérin influencent la probabilité de la malnutrition chronique à mesure que la cohorte vieillit. LiST

s'associe à DemProj pour estimer les décès et les décès évités suite aux baisses des taux de mortalité.

Par ailleurs, AIM calcule l'impact de la PTME, du cotrimoxazole, et du TARV pour les enfants puis les intègre directement dans le modèle de LiST comme des décès évités par ces interventions. Les modules de la Planification Familiale (FamPlan) et DemProj peuvent également être intégrés dans le modèle de LiST à travers les changements du nombre des naissances, résultant en des nombres variés de décès infantiles auxquels les impacts des interventions peuvent être appliqués.

LiST estime également l'impact des interventions sur la mortalité maternelle. Les calculs sont très similaires à ceux de la mortalité infantile. À la seule différence c'est que toutes les femmes âgées de 15-49 ans sont traitées comme un seul groupe dans le calcul, et les interventions agissent directement sur l'une des neuf causes de décès, ou plus (par exemple, aucune n'affecte un état nutritionnel intermédiaire). La planification familiale, bien qu'elle ne soit pas une intervention dans LiST, peut également avoir un impact sur la mortalité maternelle en réduisant l'incidence de l'avortement, qui constitue une cause de décès maternel dans le modèle de LiST. Les baisses de la mortalité maternelle se traduisent alors en taux de mortalité maternelle, qui se traduisent alors en décès maternels et décès infantiles évités par l'intermédiaire des naissances vivantes calculées dans DemProj.

Enfin, LiST estime l'impact des interventions sur les mortinaissances. Différentes des autres sorties, les baisses sont analysées par le moment où la mortinatalité se produit pendant la grossesse - antépartum ou intrapartum. Tout comme pour la mortalité maternelle, les baisses des mortinaissances se traduisent en taux de mortinatalité, et les mortinaissances par l'intermédiaire des grossesses dans DemProj.

Pour en savoir plus sur la méthodologie générale de LiST, veuillez consulter Walker N, Tam Y, Friberg I. Vue d'ensemble de l'Outil des Vies Sauvées (LiST). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847271/>.

Pour en savoir plus sur les calculs dans LiST, veuillez consulter Winfrey W, McKinnon R, Stover J. Méthodes utilisées dans l'Outil des Vies Sauvées (LiST). *BMC Public Health* 2011, 11(Suppl 3): S32. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231906/>.

Veuillez visiter www.livessavedtool.org pour une liste complète des articles utilisant LiST et d'autres ressources.

1.1.5 Analyse AIM-LiST

Ouvrez Spectrum, puis ouvrez la projection du pays d'intérêt

- Accédez à l'onglet Modules du menu de Spectrum et sélectionnez LiST.
- Cliquez sur l'onglet [Configuration](#).
- NE changez PAS "l'année de base de la couverture" sauf si vous disposez de nouvelles données sur les causes de décès. La "Première année du programme d'intervention" est l'année de base à partir de laquelle vous souhaitez calculer votre intensification. Cliquez sur "OK" une fois terminé.
- Cliquez sur "Fermer". Dans l'onglet "Accueil" du menu de Spectrum, sélectionnez "Enregistrer la projection sous" et renommez le fichier.

Choisissez le nouveau fichier que vous venez d'enregistrer

- Dans l'onglet Accueil du menu de Spectrum, sélectionnez "Ouvrir une projection" et choisissez le nouveau fichier que vous venez d'enregistrer.
- Choisissez "Charger et renommer" lorsqu'une fenêtre apparaît vous demandant "La projection est déjà chargée, que souhaitez-vous faire ?"
- Renommez les fichiers pour indiquer que vous faites une analyse AIM.
- Une fois terminé, vous devriez avoir deux projections, portant des noms différents, mais avec des données identiques. Vous verrez les noms des projections à l'angle inférieur droit de l'écran.

Commencez à travailler avec AIM

- À partir de l'onglet Modules du menu de Spectrum, sélectionnez AIM.
- Choisissez la projection dans laquelle vous souhaitez changer la couverture des interventions du SIDA.
- Huit onglets apparaîtront : éligibilité au traitement, statistiques du programme, options avancées, incidence, schéma par sexe / âge, résultats, validation et changements. Les données par défaut seront fournies. Vous ne voudrez probablement pas changer les données par défaut, sauf si vous avez des données plus récentes sur le traitement ou l'incidence tirées du fichier EPP préparé par la division des statistiques de la Commission nationale de lutte contre le SIDA,
- Pour changer les valeurs de la "Transmission de la mère à l'enfant", cliquez sur l'onglet "Statistiques du programme", puis sur "PTME".
- Saisissez les valeurs annuelles pour les options prophylaxie / traitement. Pour une année donnée, choisissez l'option du nombre ou du pourcentage. Si vous sélectionnez le nombre, alors le pourcentage devrait être égal à 0 ; si vous sélectionnez le pourcentage, alors le nombre devrait être égal à 0.
- Puis, dans l'onglet "Traitement de l'enfant", modifiez le nombre / pourcentage recevant un traitement au cotrimoxazole et au ARV, au besoin. Puis cliquez sur "OK".
- Examinez le seuil du nombre de CD4 pour l'éligibilité au traitement par âge, sous "Enfant" dans l'onglet "Éligibilité au traitement". Puis, cliquez sur "OK".
- Pour saisir l'incidence, vous pouvez le faire en choisissant "Configuration" dans le menu déroulant sous Incidence ou par l'"Option d'incidence directe" dans le même menu. Autrement, l'utilisateur peut choisir de saisir la prévalence en choisissant "Validation" - "Prévalence" - "Saisir / modifier les données".
- Les valeurs par défaut du "Schéma sexe / âge" et des "Options avancées" devraient également être révisées, mais il est peu probable que l'utilisateur souhaite s'écarter des

valeurs par défaut fournies par des experts. Une fois terminé, cliquez sur "OK". Dans l'onglet "Accueil" du menu de Spectrum, sélectionnez "Enregistrer la projection" et choisissez la projection que vous venez de modifier (soit, Sénégal - AIM).

Affichage des résultats

- À partir de l'onglet Modules du menu de Spectrum, sélectionnez LiST.
- Choisissez l'affichage qui vous intéresse dans le menu "Résultats". En général, vous souhaitez regarder les "Décès additionnels évités chez les enfants âgés de moins de 5 ans, par rapport à l'année d'impact".
- Les vies sauvées par chaque intervention représentent la différence entre la base et la projection AIM. Dans l'exemple ci-dessous, la PTME a sauvé $3\,109 - 2\,051 = 1\,058$ vies.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Projection Twelve-AIM							
Total (0-60 mois)	39,221	39,709	40,131	40,452	40,626	40,608	40,465
<1 mois	14,409	14,582	14,710	14,793	14,828	14,802	14,733
1-59 mois	24,811	25,127	25,421	25,659	25,798	25,806	25,731
Projection Twelve							
Total (0-60 mois)	40,759	41,596	42,259	42,733	43,025	43,124	42,987
<1 mois	14,438	14,613	14,742	14,828	14,862	14,836	14,763
1-59 mois	26,321	26,983	27,517	27,906	28,163	28,288	28,224

1.1.6 Analyse FamPlan-LiST

Ouvrez Spectrum puis la projection du pays d'intérêt

- Accédez à l'onglet Modules du menu de Spectrum et sélectionnez LiST.
- Cliquez sur l'onglet [Configuration](#).
- NE changez PAS l'"année de base de la couverture" sauf si vous avez de nouvelles données sur les causes de décès. La "Première année du programme d'intervention" est l'année de base à partir de laquelle vous souhaitez calculer votre intensification. Cliquez sur "OK" une fois terminé.
- Cliquez sur "Fermer". Dans l'onglet "Accueil" du menu de Spectrum, sélectionnez "Enregistrer la projection sous" et renommez le fichier.

Choisissez le nouveau fichier que vous venez d'enregistrer

- Dans l'onglet Accueil du menu de Spectrum, sélectionnez "Ouvrir une projection" et choisissez le nouveau fichier que vous venez d'enregistrer.

- Choisissez "Charger et renommer" lorsqu'une fenêtre apparaît vous demandant "La projection est déjà chargée, que souhaitez-vous faire ?"
- Renommez le fichier pour indiquer que vous faites une analyse FamPlan.
- Une fois terminé, vous devriez avoir deux projections, portant des noms différents, mais avec des données identiques. Vous verrez les noms des projections à l'angle inférieur droit de l'écran.

Commencez à travailler avec FamPlan

- À partir de l'onglet Modules du menu de Spectrum, sélectionnez FamPlan.
- Choisissez la projection dans laquelle vous souhaitez changer les informations sur la planification familiale.
- Si vous envisagez de modifier le Taux de prévalence contraceptive (TPC) dans votre population, cliquez sur l'onglet "Objectif".
- Par défaut, ce TPC est défini pour correspondre aux valeurs de l'enquête la plus récente, puis il est extrapolé à la fin de la projection pour maintenir les estimations du TFT. Modifiez les valeurs dans l'année cible et utilisez les fonctions Interpoler et Dupliquer, si nécessaire. Cliquez sur "OK".
- Si vous souhaitez modifier la proportion des femmes utilisant différentes méthodes de contraception, cliquez sur l'onglet "Planification Familiale".
- Choisissez l'onglet "Gamme de méthodes" sous l'élément du menu "Planification familiale". Ajustez les proportions de femmes utilisant différentes méthodes de contraception. Le total doit être égal à 100%. Utilisez les fonctions Dupliquer, Interpoler et Normaliser, si nécessaire. Lorsque vous avez terminé, cliquez sur "OK".

NOTE : Si vous avez un autre objectif, par exemple le TFT ou les besoins non satisfaits, vous devriez cliquer tout d'abord sur le bouton "Configuration" et lire le manuel d'aide de FamPlan.

Affichage des résultats

- À partir de l'onglet Modules du menu de Spectrum, sélectionnez LIST.
- Choisissez l'affichage qui vous intéresse dans le menu "Résultats". En général, vous souhaitez regarder les "Décès additionnels évités chez les enfants âgés de moins de 5 ans, par rapport à l'année d'impact".
- Comme vous pouvez le voir ci-dessous, il y a moins de décès dans la population où la prévalence contraceptive a été augmentée, en raison de la baisse du nombre de grossesses et de naissances. Il n'y a pas d'impact sur les taux de mortalité.

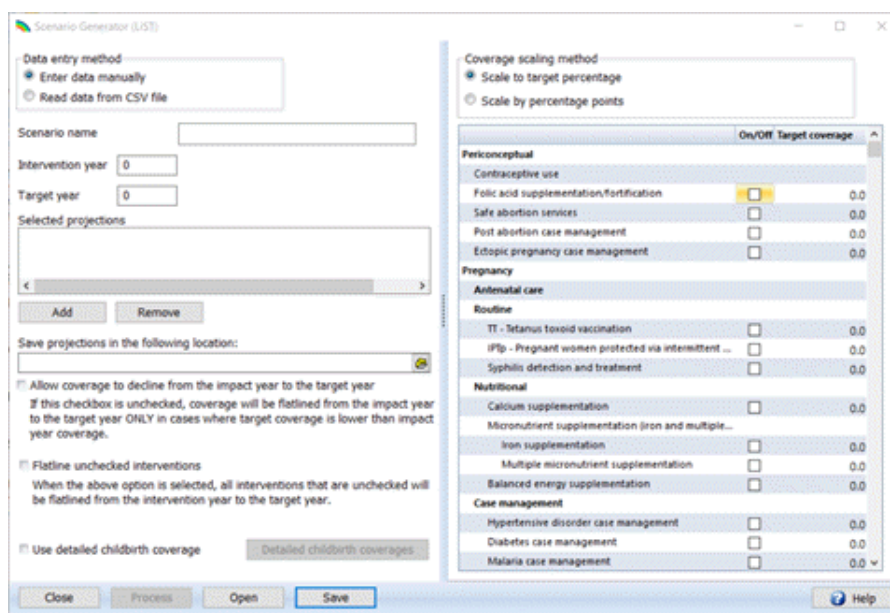
Les décès chez les enfants moins de cinq ans (Total (0-60 mois))

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Test 1								
Total (0-60 mois)	39,287	34,063	28,510	25,373	23,744	23,084	23,028	23,40
<1 mois	12,502	10,454	8,171	8,020	8,258	8,473	8,666	8,83
1-59 mois	26,785	23,608	20,339	17,353	15,486	14,611	14,362	14,57
Test1-FP								
Total (0-60 mois)	42,811	42,177	42,320	42,769	43,264	43,716	44,043	44,24
<1 mois	14,811	15,181	15,513	15,778	15,978	16,134	16,247	16,31
1-59 mois	28,000	26,996	26,807	26,990	27,285	27,581	27,795	27,92

2 Outils

2.1 Générateur de scénarios pour LiST

Le générateur de scénarios permet aux utilisateurs de créer des fonctions d'intensification pour des projections multiples en une seule fois. L'exécution du Générateur de scénarios résulte en de nouvelles projections avec de nouveaux noms (chacun avec un préfixe ajouté au nom du fichier d'origine) dans un emplacement désigné. Chaque projection aura des interventions intensifiées conformément aux options sélectionnées dans le menu Générateur de scénarios.



1. Après avoir saisi Spectrum, allez à "Outils" et cliquez sur "LiST," puis sélectionnez "Générateur de scénarios". Veuillez noter que cela ne peut être sélectionné que si aucune projection n'est actuellement ouverte.
2. Sélectionnez le bouton bascule "Saisir des données manuellement" à l'angle supérieur gauche de la page.

NOTE : il y a également une fonctionnalité avancée qui permet aux utilisateurs de transférer automatiquement un fichier Excel avec des intensification pré-chargées. Cette méthode n'inclut pas des vérifications et les développeurs ne sont pas responsables des résultats.

3. Choisissez l'"Année d'intervention" et l'"Année cible". L'"Année d'intervention" devrait être l'année à partir de laquelle vous envisagez de commencer l'intensification. Aucun changement ne se produira pendant l'"Année d'intervention" ; ils commenceront à l'année suivante. L'"Année cible" est l'année pendant laquelle l'objectif d'intensification complet sera atteint. Une intensification linéaire se produira entre ces années.
4. Choisissez un "Nom de scénario". Ce préfixe sera ajouté au début du nom de la projection pour toutes les projections sélectionnées.

5. Dans la case "Projections sélectionnées", cliquez sur "Ajouter" pour parcourir et ajouter les projections enregistrées précédemment. Si nécessaire, vous pouvez surligner une projection dans la case "Projections sélectionnées" et cliquer sur "Supprimer" pour la supprimer.
6. Sélectionnez l'emplacement où vous souhaitez enregistrer les nouvelles projections en cliquant sur l'icône du dossier du fichier sous "Enregistrer les projections dans l'emplacement suivant" et choisissez à partir de la liste déroulante.
7. Cochez les cases dans la colonne "On / Off" à proximité des indicateurs que vous souhaitez modifier dans votre scénario d'intensification.
8. Dans la colonne de l'Année cible, cliquez sur la case dans la ligne de chaque intervention que vous souhaitez inclure et saisissez une couverture cible. Si l'option "mettre à l'échelle au pourcentage cible" est sélectionnée ci-dessus, alors chaque projection dans le scénario aura l'intervention intensifiée à ce niveau de couverture cible. (Par exemple, si "Supplémentation en acide folique / fortification" est coché et qu'une couverture cible de 80% est sélectionnée, chaque projection sera intensifiée par rapport à son niveau actuel dans l'année d'intervention pour atteindre 80% à l'année cible). Si l'option "mettre à l'échelle par point de pourcentage" est sélectionnée ci-dessus, alors chaque projection du scénario aura l'intervention intensifiée par le nombre cible de points de pourcentage au cours de la période de couverture. (Par exemple, si "Supplémentation en acide folique / fortification" est coché et une couverture cible de 20% est sélectionnée, et la période de l'"Année d'intervention" à l'"Année cible" est de 10 ans, chaque projection sera intensifiée à partir de son niveau actuel jusqu'à l'année d'intervention, de 2% par an, pour une augmentation totale de 20 points de pourcentage au cours de la période d'intensification de dix ans.)
9. Pour lancer la génération de scénarios, cliquez sur le bouton "Processus".

Il y a plusieurs fonctionnalités supplémentaires qui peuvent être sélectionnées avant de sélectionner le bouton "Processus". Elles sont toutes facultatives.

- Par défaut, au sein du Générateur de scénarios, LiST ne permet pas à la couverture de baisser au-dessous du niveau actuel dans l'année d'intervention. Il maintiendra les valeurs de couverture actuelles, plutôt que de revoir à la baisse la couverture si la couverture cible est inférieure à la couverture actuelle. Si vous ne souhaitez pas cette fonctionnalité, cochez la case à proximité de "Permettre à la couverture de décliner depuis l'année d'impact à l'année cible".
- Cochez la case "Stabiliser les interventions décochées" si vous souhaitez que le programme maintienne une couverture constante depuis l'année d'intervention à l'année cible pour toutes les interventions qui sont décochées dans la colonne "On / Off". Ce choix sera souvent préférable, puisqu'il vous permet de ne projeter l'impact que des interventions que vous avez sélectionnées dans la colonne "On / Off" et pour lesquelles vous avez défini une couverture cible (en maintenant toutes les autres interventions constantes). Cependant, dans certains cas, les utilisateurs peuvent avoir précédemment préparé des fichiers de projections qui ont déjà une couverture cible saisie pour un ensemble spécifié d'indicateurs, et ils souhaitent maintenir ces paramètres de couverture à l'exception d'un indicateur (ou plus) auquel une nouvelle couverture cible sera appliquée par le Générateur de scénarios. Dans ce cas, la case "Stabiliser les interventions décochées" devrait rester décochée.

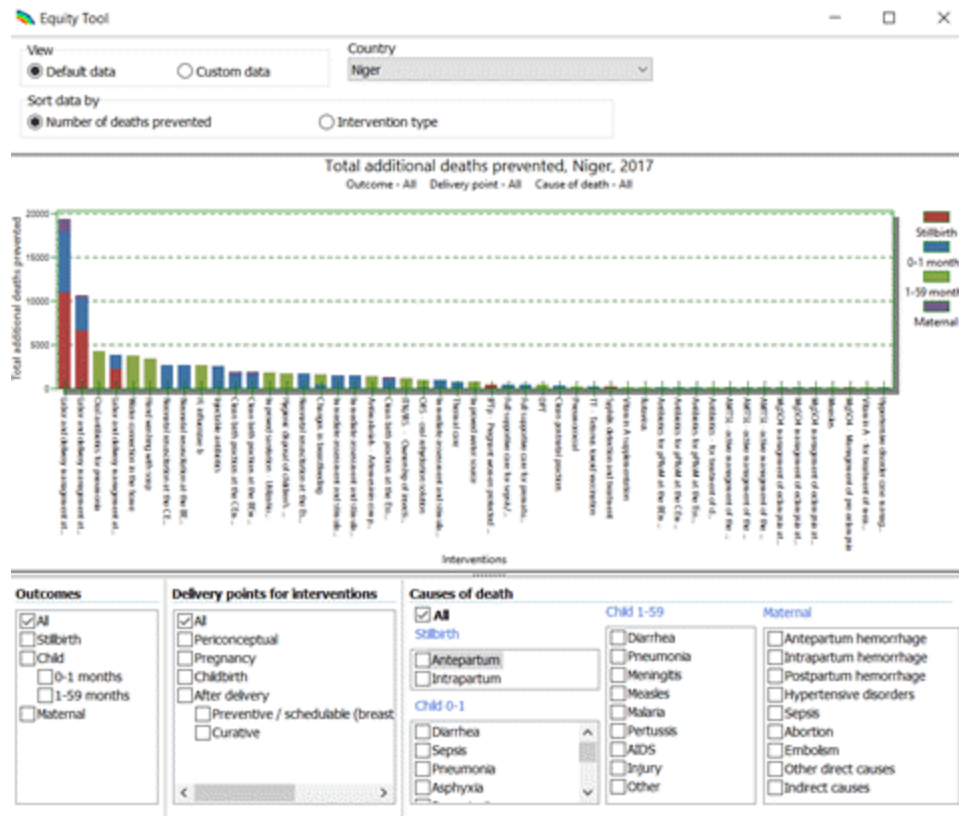
- Dans la fenêtre du Générateur de scénarios standard , les interventions liées à l'accouchement sont regroupées et modélisées ensemble. Si vous souhaitez intensifier des interventions individuelles qui ont eu lieu pendant l'accouchement, cochez la case "Utiliser la couverture d'accouchement détaillée". Veuillez noter qu'après avoir utilisé cela, il peut y avoir des complications en modifiant la couverture. Elles sont intentionnelles. L'utilisateur est responsable de toutes les modifications post hoc. Vous pouvez choisir d'intensifier spécifiquement le lieu / le niveau d'accouchement ou des interventions. Si vous souhaitez intensifier l'emplacement décochez la case à proximité d'"Autoriser LiST à calculer le lieu et le niveau de l'accouchement". Si vous souhaitez intensifier des interventions, décochez la case "Autoriser LiST à calculer les couvertures des interventions". Dans ce tableau, toute case décochée ne sera pas modifiée ; seules les valeurs de couverture des cases cochées seront modifiées. Cliquez sur OK pour quitter cet écran. Après avoir quitté l'écran, si vous ne souhaitez pas inclure ces hypothèses, décochez la case à proximité de "Utiliser la couverture d'accouchement détaillée".
- Si vous ne souhaitez pas traiter immédiatement la génération du scénario, mais vous souhaitez enregistrer les paramètres du Générateur de scénarios que vous avez spécifiés pour un usage ultérieur, cliquez sur le bouton "Enregistrer". Saisissez le nom du fichier sous lequel vous souhaitez enregistrer la fenêtre du "Générateur de scénarios (LiST)", puis cliquez sur "Enregistrer". Il sera ainsi enregistré sous un fichier .SGLiST. Si vous avez enregistré un ensemble de paramètres antérieur sous forme de fichier .SGLiST, vous pouvez l'ouvrir en cliquant sur le bouton "Ouvrir".

2.2 Outil de l'équité pour LiST

L'Outil d'équité est un outil de visualisation qui explore les effets de l'intensification individuelle des interventions depuis la moyenne nationale actuelle au niveau de couverture du quintile de richesse supérieur (20% de la population la plus riche du pays), pour voir quelle intensification des interventions permettrait le plus grand nombre de vies sauvées. Cela permet aux utilisateurs d'explorer l'impact d'une inégalité à l'intérieur des pays dans la couverture des interventions sur la mortalité maternelle et infantile.

La méthodologie et la fonctionnalité de cet outil sont similaires à [Opportunités manquées](#), sauf qu'au lieu d'intensifier chaque intervention à un objectif de 90% (comme pour OM), l'objectif de l'intensification est la couverture de cette intervention pour le quintile de richesse supérieur dans ce pays.

Note : l'Outil d'équité n'est disponible que pour les pays qui ont au moins une enquête de ménage désagrégée par quintile de richesse.



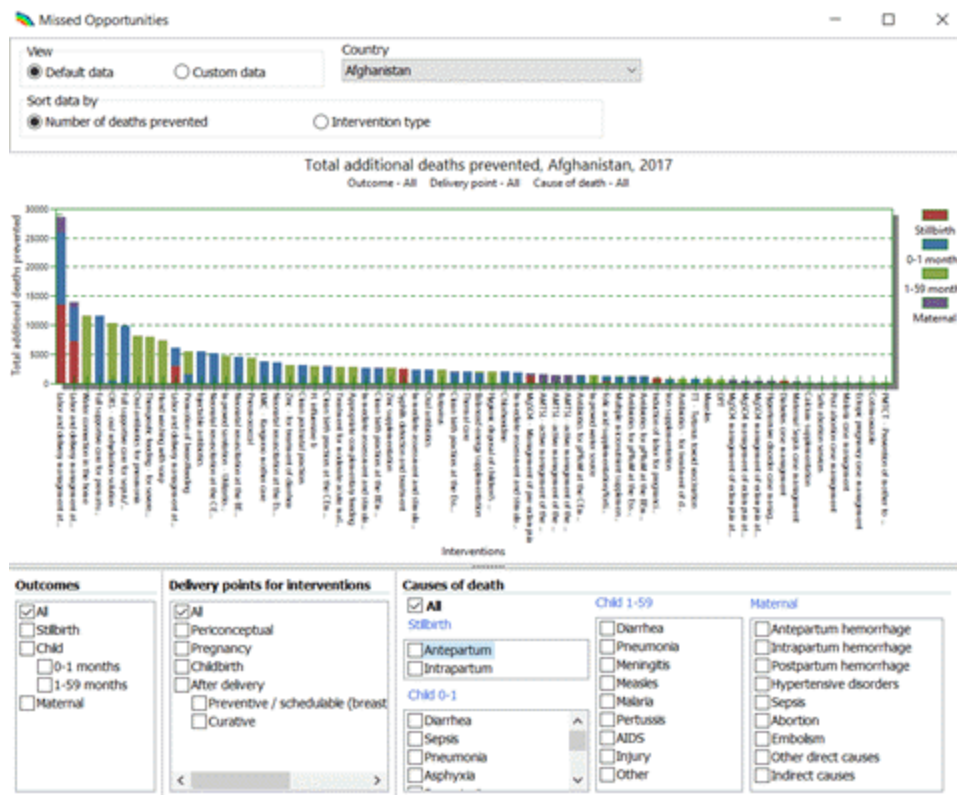
2.3 Opportunités manquées pour LiST

Opportunités manquées (OM) est un outil de visualisation permettant de comparer rapidement l'impact relatif des différentes interventions atteignant une couverture universelle en termes de vies sauvées d'enfants et de femmes. L'outil OM tire des données de LiST pour permettre aux directeurs des programmes et aux planificateurs de santé des pays d'explorer l'efficacité des interventions de façon rapide et comparative. Comme son nom l'indique, si ces interventions éprouvées n'atteignent pas toutes les femmes et tous les enfants nécessaires, les décès potentiels évités deviendront des "opportunités manquées".

L'outil explore l'effet de l'intensification individuelle des interventions par rapport au niveau de couverture actuel à 90%, pour voir quelle intensification d'intervention permettrait de sauver le plus grand nombre de vies.

Note : Opportunités manquées n'est disponible que pour les pays dont le taux de mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans est inférieur à 20 pour 1 000 naissances vivantes et qui ont au moins quelques données d'enquêtes de ménage. Si vous souhaitez appliquer Opportunités manquées à un autre pays, vous pouvez utiliser l'option Données personnalisées décrite ci-dessous.

Note: la prévalence contraceptive n'est pas affichée dans le MO par défaut, mais peut être vue en cliquant "prévalence contraceptive" et en cochant la case dessous. Ceci démontre l'impact de réduire le *besoins en contraception non satisfait* par 90%.



Pour exécuter Occasions manquées :

1. Depuis l'écran de démarrage, cliquez sur le bouton "Opportunités manquées". Alternativement, une fois dans Spectrum, allez dans "Outils" et cliquez sur "LiST", puis sélectionnez "Opportunités manquées". Veuillez noter que cela ne peut être sélectionné que si aucune projection n'est ouverte.
2. Vous pouvez utiliser les données par défaut, basées sur les données disponibles dans la base de données de LiST. Elle est mise à jour régulièrement pour assurer que la couverture est actualisée. Alternativement, vous pouvez charger des données personnalisées en créant un fichier OM. Pour ce faire, cliquez sur le bouton "Créer un fichier Opportunités manquées", puis sur le bouton "Ajouter" dans la fenêtre du menu déroulant pour sélectionner les projections que vous souhaitez utiliser pour les données personnalisées. Puis cliquez sur "Processus" et un fichier OM apparaîtra dans le même dossier que votre projection. Vous pouvez alors cliquer sur le bouton "Charger les données d'Opportunités manquées" sur l'écran principal d'OM pour l'utiliser.
3. Sélectionnez le pays d'intérêt en haut de l'écran. Notez que les données limitées sur les interventions peuvent être disponibles dans certains pays. Vous pouvez cliquer sur toute barre dans le graphique pour voir le niveau actuel de couverture de cette intervention (à partir duquel elle est intensifiée à 90%). Toute intervention qui n'est pas affichée à un niveau de couverture actuel supérieur à 90% et ne contribue donc pas à sauver des vies.

4. Par défaut, les interventions sont ordonnées par ordre décroissant du nombre de décès évités (lorsque chaque intervention est intensifiée à 90% de couverture). Vous pouvez plutôt choisir de les ordonner par type d'intervention (conformément aux catégories telles qu'elles sont ordonnées dans les onglets de "Couverture").
5. Vous pouvez utiliser les menus en bas de l'écran pour voir les résultats par type de résultat (mortalités néonatales, mortalité infantile, mortalité maternelle), par point de livraison pour les interventions, ou par cause de décès.

2.4 Projection sous-nationale pour LiST

L'Assistant sous-national peut être utilisé pour modéliser toute région sous-nationale ou tout groupe sous-national (province, quintile de richesse, zones rurales, etc.). Parce que le profil de la mortalité, de la fécondité, et de la charge de la maladie de ces régions / groupes diffère de la moyenne nationale, des données supplémentaires sont nécessaires pour ajuster correctement les données démographiques ou d'autres données saisies du module.

NOTE : outre les documents ci-dessous, un [bref tutoriel vidéo](#) est disponible sur le [site Web de LiST](#).

Approche de l'Assistant (recommandé) :

Cliquez sur l'assistant de la "Projection sous-nationale" sur l'écran de démarrage. Cet assistant vous guidera à travers le processus de création d'une projection sous-nationale. Ci-après la liste des principales estimations de référence sous-nationales que vous devrez rassembler avant de commencer à les saisir en utilisant l'assistant. Si vous ne disposez pas d'estimations facilement accessibles, l'assistant utilisera LiST pour les projeter sur la base des différences entre les couvertures des interventions nationales et sous-nationales.

- Population
 - Taux de fécondité total
 - Taux de prévalence contraceptive
 - Incidence du VIH
 - Couverture des interventions
 - Distributions de la malnutrition chronique et aiguë
 - Causes de décès et taux de mortalité chez les nouveaux-nés, les enfants de 1-59 mois, les mères, et les mortalités néonatales
-

LIST subnational projection

Before you begin

Before you begin	Gathering information for your LIST subnational projection															
Projection manager	<p>This wizard will guide you through the process of creating a subnational projection. You will be asked for key subnational baseline estimates as you progress. In cases where you do not have the estimates readily available, the wizard will use LIST to project them based on the difference between national and subnational coverage of interventions. In the next screen you will be prompted to enter basic projection information in the Projection manager.</p> <p>Listed below are the estimates used to create your subnational projection. You can check off the ones you have now or you can do it later as you work through the wizard.</p>															
DemProj																
AIM	<p>Select the estimates you have for your subnational projection</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DemProj estimates</th> <th>AIM estimates</th> <th>FamPlan estimates</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> First year population <input type="checkbox"/> Total fertility rate (TFR) </td> <td> <input type="checkbox"/> HIV incidence <input type="checkbox"/> PMTCT <input type="checkbox"/> Cotrimoxazole <input type="checkbox"/> Adult ART </td> <td> <input type="checkbox"/> Contraceptive prevalence rate </td> </tr> <tr> <th>LIST estimates</th> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> <p><i>Child health status</i></p> <input type="checkbox"/> Percent vitamin A deficient <input type="checkbox"/> Percent zinc deficient </td> <td> <p><i>Nutrition status distributions</i></p> <input type="checkbox"/> Stunting distributions <input type="checkbox"/> Wasting distributions </td> <td> <p><i>Child mortality</i></p> <input type="checkbox"/> Neonatal, infant and under 5 mortality rate <input type="checkbox"/> Neonatal and post neonatal causes of death </td> </tr> <tr> <td> <p><i>Stillbirth</i></p> <input type="checkbox"/> Stillbirth rate <input type="checkbox"/> Stillbirth causes </td> <td> <p><i>Maternal mortality</i></p> <input type="checkbox"/> Maternal mortality ratio <input type="checkbox"/> Maternal causes of death </td> <td> <p><i>Coverage</i></p> <input type="checkbox"/> Intervention coverage </td> </tr> </tbody> </table>	DemProj estimates	AIM estimates	FamPlan estimates	<input type="checkbox"/> First year population <input type="checkbox"/> Total fertility rate (TFR)	<input type="checkbox"/> HIV incidence <input type="checkbox"/> PMTCT <input type="checkbox"/> Cotrimoxazole <input type="checkbox"/> Adult ART	<input type="checkbox"/> Contraceptive prevalence rate	LIST estimates			<p><i>Child health status</i></p> <input type="checkbox"/> Percent vitamin A deficient <input type="checkbox"/> Percent zinc deficient	<p><i>Nutrition status distributions</i></p> <input type="checkbox"/> Stunting distributions <input type="checkbox"/> Wasting distributions	<p><i>Child mortality</i></p> <input type="checkbox"/> Neonatal, infant and under 5 mortality rate <input type="checkbox"/> Neonatal and post neonatal causes of death	<p><i>Stillbirth</i></p> <input type="checkbox"/> Stillbirth rate <input type="checkbox"/> Stillbirth causes	<p><i>Maternal mortality</i></p> <input type="checkbox"/> Maternal mortality ratio <input type="checkbox"/> Maternal causes of death	<p><i>Coverage</i></p> <input type="checkbox"/> Intervention coverage
DemProj estimates		AIM estimates	FamPlan estimates													
<input type="checkbox"/> First year population <input type="checkbox"/> Total fertility rate (TFR)	<input type="checkbox"/> HIV incidence <input type="checkbox"/> PMTCT <input type="checkbox"/> Cotrimoxazole <input type="checkbox"/> Adult ART	<input type="checkbox"/> Contraceptive prevalence rate														
LIST estimates																
<p><i>Child health status</i></p> <input type="checkbox"/> Percent vitamin A deficient <input type="checkbox"/> Percent zinc deficient	<p><i>Nutrition status distributions</i></p> <input type="checkbox"/> Stunting distributions <input type="checkbox"/> Wasting distributions	<p><i>Child mortality</i></p> <input type="checkbox"/> Neonatal, infant and under 5 mortality rate <input type="checkbox"/> Neonatal and post neonatal causes of death														
<p><i>Stillbirth</i></p> <input type="checkbox"/> Stillbirth rate <input type="checkbox"/> Stillbirth causes	<p><i>Maternal mortality</i></p> <input type="checkbox"/> Maternal mortality ratio <input type="checkbox"/> Maternal causes of death	<p><i>Coverage</i></p> <input type="checkbox"/> Intervention coverage														
LIST																
FamPlan																
Finish																

Cancel Help Move to Projection manager

Approche manuelle (utilisateurs avancés seulement) :

Vous devrez créer 3 projections au total

- Projection nationale
- Projection "Nationale à sous-nationale"
 - Cette projection intermédiaire vise à le changement de couverture de nationale à sous-nationale pour prédire des estimations sous-nationales qui ne se trouvent pas généralement dans les enquêtes, par exemple les causes de décès sous-nationales
- Projection sous-nationale

1. Collecter des données sur :

- La population de la région sous-nationale et la population du pays dans la même année
- Le TFT de la région sous-nationale et le TFT du pays dans la même année
- Le TPC de la région sous-nationale et le TPC du pays dans la même année (facultatif : ces données ne sont nécessaires que si vous utilisez le module FamPlan)
- La prévalence du VIH et les données du traitement du VIH dans la région sous-nationale et la prévalence du VIH et les données du traitement du VIH dans le pays

dans la même année (facultatif : ne sont nécessaires que si vous utilisez le module AIM **ou** s'il y a une épidémie considérable du VIH)

- La couverture des interventions de la région sous-nationale, les taux de mortalité, les taux de malnutrition chronique et de la malnutrition aiguë. Collectez autant d'informations sous-nationales que possible pour alimenter le module de LiST
- Les naissances, les informations sur la population, et les données du recensement (facultatif : à utiliser comme contrôle qualité)

2. Créer une projection nationale

- Allez à l'onglet Accueil du menu de Spectrum, cliquez sur "Nouvelle"
- Suivez les instructions à l'écran pour définir le nom de la projection et les années limites, activez les modules, sélectionnez le pays, puis cliquez sur "OK"
- Enregistrez la projection
- Vous avez maintenant une projection nationale avec les estimations nationales les plus récentes dans les enquêtes publiées. Vous pouvez insérer des estimations plus récentes, si vous en avez

3. Créer une projection "nationale à sous-nationale"

- Ouvrez la projection nationale que vous venez de créer et utilisez-la comme une base pour créer votre deuxième projection
 - Allez au menu de "Fichier" et cliquez sur "Enregistrer la projection sous", et renommez la projection pour que vous sachiez qu'il s'agit de la projection "nationale à sous-nationale". Cliquez sur "Enregistrer" après l'avoir renommée.
 - Ouvrez votre projection "nationale à sous-nationale". Allez au module de LiST, puis cliquez sur l'onglet "Couverture". Vous devriez déjà avoir vos estimations nationales dans toutes les années affichées. Dans la deuxième année d'intervention (vérifiez quelle est la première année d'intervention, allez à l'onglet "Configuration"), saisissez les estimations de couverture sous-nationales, et dupliquez les estimations jusqu'à la dernière année.
 - Enregistrez la projection
 - Allez au module de LiST et cliquez sur l'onglet "Résultats" pour obtenir les estimations sous-nationales, par exemple, pour obtenir une cause de décès sous-nationale, allez à "Résultats" - "Enfant" - "Décès par cause spécifique chez les enfants âgés de moins de cinq ans". Pour permettre la réalisation de tous les avantages de certaines interventions (par exemple, les vaccins), observez les
-

résultats de 5 ans ultérieurs à la deuxième année d'intervention où vous avez saisi les estimations sous-nationales

4. Créer une projection sous-nationale et modifier les données de DemProj dans la projection sous-nationale

- Ouvrez la projection "nationale à sous-nationale" que vous venez de créer et utilisez-la comme une base pour créer votre troisième projection
- Allez au menu de "Fichier" et cliquez sur "Enregistrer la projection sous", et renommez la projection pour que vous sachiez qu'il s'agit de la projection sous-nationale. Cliquez sur "Enregistrer" après l'avoir renommée.
- Allez à l'onglet "Modules" du menu de Spectrum et sélectionnez le module DemProj. Allez à l'onglet "Données démographiques" puis à "Population à la première année". Multipliez la "Population à la première année" par le rapport entre la région sous-nationale et la population nationale (la valeur du rapport devrait être entre 0 et 1)
- Allez à "Migration internationale". Multipliez le total net des migrants, hommes et femmes, par année par le même rapport que vous avez utilisé pour réduire la population de la première année

NOTE : si le module FamPlan est actif, vous devez aller au Gestionnaire de projections et désactiver FamPlan (décocher la case), puisque vous ne pourrez pas changer le TPC. Vous pouvez également ajuster le TPC dans FamPlan, qui en retour impactera le TFT.

- Copiez la tendance du "TFT" dans Excel et multipliez par le rapport entre TFT sous-national et le TFT national (valeur probable entre 0,6 et 1,4). Remplacez les anciennes valeurs du TFT par ces nouvelles valeurs.

5. Saisir les données d'AIM dans la projection sous-nationale

- Allez à l'onglet "Modules" du menu de Spectrum et sélectionnez le module AIM
- Exécutez tout résultat dans le module AIM pour vous assurer qu'il s'agit d'une projection active.
- Pour la PTME, le TARV chez l'adulte, et le traitement de l'enfant : tous les chiffres doivent être convertis en pourcentages pour s'assurer qu'ils s'appliquent à la population ajustée. Cliquez sur l'onglet "Statistiques du programme", puis observez la "PTME". Confirmez tout d'abord qu'il n'y a pas de valeur non-zéro dans la ligne "Mères calculées nécessitant la PTME". Sinon, exécutez tout d'abord un "résultat".

- En bas à droite de l'onglet PTME, cliquez sur "Convertir les valeurs". Répétez dans chacun des onglets "TARV adulte" et "Traitement de l'enfant".
- Si vous savez que l'incidence du VIH dans votre région sous-nationale est différente de l'incidence nationale, suivez les étapes supplémentaires ci-après :
- Dans l'onglet "Incidence", sélectionnez "Saisie de l'incidence directe".
- Copiez la tendance de l'"Incidence du VIH" dans Excel. Multipliez par le rapport entre la région sous-nationale et nationale. Collez ces nouvelles valeurs dans la ligne de l'incidence du VIH.

NOTE : si vous disposez de données sur le traitement sous-national, vous devriez saisir les valeurs directement, mais seulement APRÈS avoir procédé aux changements démographiques. Vous devez utiliser une projection commençant avant l'épidémie du VIH ou supposer que l'incidence du VIH est de 0.

6. Saisir le reste des estimations de LiST dans l'onglet "État de santé" et l'onglet "Couverture"

- Allez au module LiST, et cliquez sur l'onglet "État de santé, mortalité et situation économique". Alimentez l'onglet avec toutes les données sous-nationales que vous avez, y compris les estimations sur les causes de décès sous-nationales que vous avez générées à partir de votre projection "Nationale à sous-nationale"
- Allez au module LiST, et cliquez sur l'onglet "Couverture". Vous devriez déjà disposer d'estimations nationales pour la première année d'intervention, et d'estimations sous-nationales pour la deuxième année d'intervention à la dernière année affichées. Copiez / collez les estimations sous-nationales pour toutes les années affichées.

7. Modifier les données de FamPlan dans la projection sous-nationale (si nécessaire)

- Si le TPC dans la région sous-nationale diffère considérablement du taux trouvé dans la région nationale, vous devriez également remplacer le TPC par la valeur sous-nationale. Si possible, collectez les données à partir de multiples points. Supposez que le moment où la contraception était utilisée pour la première fois est le même dans la région sous-nationale et dans le pays.
 - Allez à l'onglet "Modules" du menu de Spectrum et sélectionnez le module FamPlan
 - Allez à l'onglet "Objectif", et insérez le TPC sous-national
-

-
- Allez à "Résultats", cliquez sur "Fécondité et utilisation de la PF", puis cliquez sur "Taux de fécondité total" pour vous assurer que le TFT n'est pas inférieur à 2,1 (taux de remplacement)

NOTE : si vous disposez de données de recensement ou d'autres données confirmant la population totale ou les naissances totales, cochez les maintenant. Si les valeurs sont différentes, procédez à des ajustements mineurs des valeurs discutées ci-dessus. C'est un processus d'essai et d'erreur. N'oubliez pas de vérifier le nombre de décès par VIH et les comparer à toutes les données dont vous disposez.

Index

- < -

<1 mois 72

- 1 -

1-59 mois 72

- A -

above service delivery costs 82
 Accouchement 34
 Accouchement en établissement 34
 Accouchement propre 34
 Accouchements assistés 34
 Accouchements assistés à domicile 34
 Accouchements non assistés 34
 Acide folique 24
 Âge et ordre des naissances 70
 AIM-LiST 84
 Alimentation complémentaire 49
 Alimentation thérapeutique 61
 Allaitement 43
 Allaitement exclusif 43
 Allaitement partiel 43
 Allaitement prédominant 43
 Analyse AIM-LiST 84
 Analyse FamPlan-LiST 86
 Analyse LiST 6
 Analyse LiST experte 6
 antibiotiques 61
 Antibiotiques injectables 61
 Antibiotiques oraux 61
 Antibiotiques pour RPMP 34
 Antipaludiques 61
 approche de la cohorte 73
 Artémisinine 61
 assainissement 49
 Assainissement amélioré 49
 avortement 21
 Avortement sans danger 24
 avortement spontané 21

- B -

BCG 55
 benefits 77

- C -

Calcium 26
 capital 81
 Carence en vitamine A 11
 Carence en zinc 11
 cause immédiate 18, 20, 21
 cohorte 73
 commodities 80
 Corticostéroïdes anténatals 34
 Croissance intra-utérine 11

- D -

DCT 55
 décès d'enfants âgés de moins de cinq ans 18
 décès maternels 20
 Déclenchement du travail 34
 delivery channels 82
 dénutrition 74
 détection de la syphilis 26
 Détection et traitement de la syphilis 26
 Diabète 26
 diarrhée 11, 17, 61
 Distributions de l'émaciation 16, 48, 69
 Distributions de l'état nutritionnel 16, 48, 69
 Distributions du retard de croissance 16, 48, 69
 drugs 80
 dysenterie 61

- E -

éclampsie 34
 Efficacité des interventions 71, 72
 Efficacité des interventions en matière de nutrition 73
 Efficacité des interventions sur l'incidence 72
 Efficacité des vaccins 73
 Efficacité des vaccins de groupe 73
 émaciation 11, 61
 émaciation grave 61

Énergie équilibrée 26
 État de santé 11
 état de santé de l'enfant 11
 État nutritionnel 16, 48, 69
 Évacuation hygiénique 49
 Évacuation hygiénique des selles des enfants 49
 Évaluation et stimulation immédiates 34
 Évaluation immédiate 34

- F -

FamPlan-LiST 86
 femmes enceintes 26
 femmes enceintes protégées 26

- G -

GATPA 34
 Générateur de scénarios pour LiST 89
 Gestion active de la troisième phase de l'accouchement 34
 gestion de la pré-éclampsie 26
 gestion de l'éclampsie 34
 Gestion des cas de diabète 26
 Gestion des cas de grossesses ectopiques 24
 Gestion des cas de maladies hypertensives 26
 Gestion des cas de paludisme 26
 Gestion des cas de septicémie maternelle 61
 Gestion des cas post-avortement 24
 gestion des interventions 8
 Grossesse 26
 Grossesse ectopique 24
 grossesses de 41 semaines ou plus 34
 Groupe 73

- H -

HepB 55
 Hib 55
 human resources 77

- I -

Impact de la dénutrition sur la mortalité 74
 Incidence de la diarrhée 11
 Incidence de l'avortement 21
 indirect 81

indirect costs 82
 inpatient days 81
 Intervalles des naissances 70
 intervention cost 80
 interventions en matière de nutrition 73

- L -

labor 77
 Lancet 11
 Lavage des mains 49
 Lavage des mains au savon 49
 levels 82
 LiST 5
 LiST costing 76
 LiST et Outils 89, 91, 92, 94

- M -

Maladies hypertensives 26
 maternelles 71
 Méningite 17
 Mesures curatives 61
 Mesures préventives 49
 Méthodologie 83
 Méthodologie de LiST 83
 MgSO₄ 26, 34
 Micronutriments multiples 26
 moins d'un mois 72
 mortalité 11
 Mortalité des moins de cinq ans 18
 Mortalité des moins d'un an 18
 mortalité infantile 18
 Mortalité infantile de référence 18
 Mortalité maternelle 20
 Mortalité néonatale 18
 mortinaissances 72
 Mortinatalité 21
 Moyen de contraception 24
 MTI 49
 MTI / PID 49

- O -

Occasions manquées pour LiST 92
 other recurrent costs 81
 Outil d'équité pour LiST 91

Outils 89, 91, 92, 94
 outpatient visits 81

- P -

paludisme 26, 61
 Pathogènes 17
 Pauvreté 22
 Pentavalent 55
 Période périconceptuelle 24
 personnel 77
 PID 49
 Pneumocoque 55
 pneumonie 61
 pneumonie chez les enfants 61
 pneumonie grave 17, 61
 Polio 55
 Post-avortement 24
 PQA 34
 Pratiques d'accouchement propres 34
 Pratiques postnatales propres 49
 pré-éclampsie 26
 Présence d'un personnel qualifié à l'accouchement 34
 prévalence de l'allaitement 43
 program costs 82
 Projection sous-nationale 94
 Promotion de l'allaitement 43

- Q -

Qu'est-ce que LiST ? 5

- R -

Raccordement à l'eau 49
 Raccordement domestique à l'eau 49
 RCIU 11, 26
 Réanimation néonatale 34
 Retard de croissance 11
 retard de croissance intra-utérin 26
 Risques de la fécondité 70
 Rotavirus 55
 Rougeole 55
 RPMP 34

- S -

salaries 77
 santé de l'enfant 11
 sécurité alimentaire 22
 Septicémie maternelle 61
 Services d'avortement sans danger 24
 Situation économique 11, 22
 SMK 61
 Soins de soutien complets 61
 Soins essentiels 34
 Soins maternels de type kangourou 61
 Soins prénatals 26
 Soins thermaux 49
 SONUC 34
 SONUP 34
 Source d'eau améliorée 49
 SRO 61
 staff 77
 Supplémentation en acide folique 24
 Supplémentation en calcium 26
 Supplémentation en micronutriments multiples 26
 Supplémentation en vitamine A 49
 Supplémentation en zinc 49
 Supplémentation équilibrée en énergie 26
 supplies 80
 Syphilis 26

- T -

Taux de mortalité des moins de cinq ans 18
 Taux de mortalité des moins d'un an 18
 Taux de mortalité maternelle 20
 Taux de mortalité néonatale 18
 Tout allaitement 43
 TPIp 11, 26
 traitement pour la dysenterie 61
 Travail et accouchement 34
 travail prématuré 34
 treatment inputs 80
 Troisième phase de l'accouchement 34
 TT 26

- U -

un à cinquante neuf mois 72

unit cost 80

Utilisation de contraceptifs 24

- V -

Vaccin contre la diarrhée Pathogène B 55

Vaccin contre la diarrhée Pathogène C 55

Vaccin contre le paludisme 55

Vaccin D 55

Vaccin méningocoque A 55

vaccination à l'anatoxine tétanique 26

Vaccins 55

Vaccins (couverture de la cohorte annuelle) 55

Vitamine A 49, 61

- Z -

Zinc 49, 61

