

GUIDE POUR LE SUIVI ET L'EVALUATION DES PROGRAMMES DE CONTROLE DU VIH/SIDA, DE LA TUBERCULOSE ET DU PALUDISME

PROJET 14/01/2004



Organisation Mondiale
de la Santé



Sommaire

POURQUOI CE GUIDE?	3
A QUI EST DESTINE LE GUIDE?	3
QUE CONTIENT CE GUIDE?	4
ELEMENTS DE BASE DU M&E	4
CADRE GENERAL POUR LE M&E	6
NIVEAUX DE MONITORING ET D'EVALUATION	100
VIH/SIDA	155
TABLEAU RECAPITULATIF POUR LE VIH/SIDA.....	155
Ressources générales.....	19
Assistance technique.....	20
Produits logiciels.....	200
Directives	211
TUBERCULOSE	222
TABLEAU RECAPITULATIF POUR LA TUBERCULOSE.....	222
Ressources générales.....	255
Assistance technique.....	255
Produits logiciels.....	26
Directives	266
PALUDISME	27
Ressources générales.....	300
Assistance technique et produits logiciels.....	300
Directives	300
QUESTIONS FREQUEMMENT POSEES	333
QUESTIONS TECHNIQUES	333
QUESTIONS OPERATIONNELLES	377
ANNEXE A	422
ANNEXE B	64
ANNEXE C	77

Ce document est le fruit d'une collaboration entre l'OMS, ONUSIDA, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, USAID, CDC, l'UNICEF et la Banque mondiale

Pourquoi ce guide?

Face à l'urgence mondiale d'étendre notre réaction aux trois principales maladies infectieuses, le VIH/SIDA, la tuberculose (TB) et le paludisme, les praticiens de la santé publique se doivent de rendre compte de leurs activités ou politiques à plusieurs niveaux auprès de divers acteurs. Il devient de plus en plus important que les pays soient capables de rassembler en temps voulu des données précises et comparables à présenter aux bailleurs de fonds et aux autorités nationales afin de garantir le financement permanent de programmes de santé étendus et, surtout, d'utiliser ces informations au niveau local pour renforcer des programmes évolutifs. En fait, ce guide constitue un pas vers l'assurance que les pays pourront mesurer, rassembler et utiliser des informations de bonne qualité qui répondent à la fois aux besoins des bailleurs de fonds et à ceux des pays. Il importe en particulier que ceux qui mettent en oeuvre et dirigent le programme national aient accès à l'information de qualité dont ils ont besoin pour effectuer des corrections et prendre des décisions programmatiques et techniques.

D'énormes progrès ont été réalisés dans le monitoring et l'évaluation (M&E) de ces trois maladies grâce à la communauté internationale créée par des partenariats mondiaux comme ONUSIDA, Halte à la tuberculose et Faire reculer le paludisme. Les directives et le manuel de M&E actuels ont été mis au point grâce à la collaboration de nombreux partenaires comme l'OMS, les agences bilatérales et les ONG. Développé avec l'aide de bailleurs de fonds internationaux et d'experts en M&E, ce guide vise à réunir les "points essentiels" généralement admis par les codes de bonne pratique du M & E, d'appliquer un cadre M&E commun pour les trois maladies et de fournir aux utilisateurs les références des documents et ressources essentiels. Bien qu'appelé guide de "monitoring *et* évaluation", ce document se concentrera principalement sur la composante monitoring.

Ce guide aidera les pays à:

- Formuler une stratégie M&E nationale en donnant un aperçu des questions essentielles à examiner;
- Concevoir des systèmes M&E durables qui peuvent être utilisés pour établir des rapports sur les résultats et l'impact pendant les phases de mise en oeuvre des programmes d'extension;
- Mettre en place et assurer le contrôle de qualité des systèmes M&E et des rapports sur les progrès; et
- Evaluer, examiner et améliorer les systèmes M&E au fil du temps à mesure que l'extension des interventions se met en place afin de réduire la morbidité et la mortalité dues au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme.

A qui est destiné le guide?

Il vise à fournir à ceux qui gèrent dans les pays les systèmes M&E relatifs à l'extension des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme un accès rapide aux ressources principales et aux directives standard. Parmi les utilisateurs potentiels, on citera les gestionnaires nationaux de programmes contre les maladies et les responsables de projets, les agences de bailleurs de fonds, les agences techniques et celles chargées de la mise en oeuvre, et les ONG afin de mieux harmoniser les demandes d'information.

Que contient ce guide?

Le guide constitue un cadre général pour le développement d'une gamme de directives et d'outils M&E, un résumé d'indicateurs courants à titre d'exemple pour les trois maladies et les références vers des manuels plus détaillés dans des domaines spécifiques du programme. En outre, ce guide aborde des questions fréquemment posées quand il s'agit de mettre en oeuvre le M&E pour des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Note: les indicateurs présentés à titre d'exemple ont été mis au point dans une optique nationale mais la plupart peuvent être utilisés à divers niveaux. Les utilisateurs veilleront à concevoir ou modifier leur système de collecte des informations de santé en gardant à l'esprit les différents éléments d'information qui doivent être récoltés pour utilisation à divers niveaux afin d'esquisser une "vue générale" que ces indicateurs permettent de mesurer. En outre, de nouvelles technologies et de nouveaux développements exigeront un réexamen régulier et une mise à jour des exemples d'indicateurs présentés ici. C'est la première fois que des indicateurs concernant les trois maladies sont réunis dans un seul manuel. L'approche prévoit l'obligation de développer et d'améliorer les indicateurs à différents niveaux au fil du temps en fonction des réactions. Il s'agit donc toujours d'un travail en progression permanente. Nous identifierons les domaines qui devront être perfectionnés le cas échéant dans les prochaines éditions. Ce document est disponible sous forme électronique sur les sites Web des partenaires associés à sa production.

Eléments de base du M&E

Bien que des progrès significatifs aient été réalisés dans le M&E par pays, une grande part du M&E spécifique à une maladie s'est effectué de manière verticale et isolée, souvent sans aucun lien ou d'autres sources. Un système de surveillance HIV, par exemple, peut exister mais mal fonctionner; des études de comportement peuvent avoir été réalisées mais pas nécessairement avec les mêmes méthodologies d'échantillonnage ou les mêmes indicateurs. Une évaluation approfondie d'un projet financé par un donateur peut avoir été effectuées dans un domaine important sans que les résultats soient jamais diffusés à d'autres acteurs. Bref, l'utilité de la plupart des mesures relatives à une maladie dans un pays peuvent être perdues parce qu'il n'existe pas de système M&E cohérent qui puisse être utilisé pour collecter les informations nécessaires sur plusieurs maladies à différents niveaux. En outre, de nombreux pays font confiance à des enquêtes de population comme DHS et MICS qui sont financées par des bailleurs de fonds externes pour récolter des informations sur l'impact de leurs propres programmes soutenus. Des données peuvent être utiles dans un contexte M&E plus large mais ne sont pas bien intégrées avec les sources habituelles comme les systèmes nationaux d'information et de surveillance des questions de santé.

Un système M&E commun, complet et cohérent présente plusieurs avantages. Il contribue à une utilisation plus efficace des données et des ressources en garantissant, par exemple, que les indicateurs et les méthodologies d'échantillonnage sont comparables dans le temps et en réduisant la multiplication des efforts. Lorsque les ressources sont rares, c'est un atout important. Les données générées par un système M&E complet doivent répondre aux besoins de nombreux acteurs, notamment les gestionnaires de programme ou de projet, les chercheurs ou les bailleurs de fonds, et éliminer le besoin pour chacun de recommencer les études de base ou d'évaluation alors qu'ils peuvent utiliser des données existantes.

Du point de vue du programme national, un système M&E cohérent veille à garantir que les efforts M&E financés par des bailleurs de fonds contribuent aux besoins nationaux plutôt qu'aux obligations de rapport pour des bailleurs de fonds ou des organisations internationales spécifiques. Par ailleurs, il encourage la coordination et la communication entre différents groupes intéressés par la réaction nationale aux maladies. Le consensus entre les principaux bailleurs de fonds, les agences techniques et de mise en oeuvre sur un cadre M&E de base réduira la charge des demandes de données de la part de différentes agences. Une planification commune, une exécution, une analyse ou une dissémination d'une collection de données peut réduire le double emploi dans la programmation et favoriser la coopération entre différents groupes, dont beaucoup pourront travailler de manière plus efficace que s'ils étaient isolés.

Les pays ont des besoins de M&E différents qui leur sont dictés en partie par le poids des maladies. Toutefois, des systèmes M&E efficaces présenteront des éléments communs. Une liste de ces éléments fait l'objet de l'encadré 1.

Encadré 1: liste de contrôle des caractéristiques d'un bon système M&E

UNITE M&E	<ul style="list-style-type: none"> - Une unité M&E établie au sein du ministère de la Santé avec du personnel technique et des responsables de la gestion des données - Un budget pour M&E qui se situe entre 5 et 10% des budgets VIH/SIDA, tuberculose et paludisme nationaux cumulés provenant de toutes les sources - Une contribution nationale significative au budget M&E national (pas de dépendance totale de sources de financement extérieures) - Un lien (M&E) formel, en particulier avec les ministères concernés, les ONG, les bailleurs de fonds et les institutions de recherche nationale en vue d'améliorer la recherche opérationnelle - Un groupe de travail multisectoriel qui apporte ses réflexions et atteint un consensus sur le choix de indicateur et les divers aspects de la conception et la mise en place du M&E - Une expertise en épidémiologie au sein ou affiliée à l'unité M&E - Une expertise dans le domaine des sciences comportementales ou sociales au sein ou affiliée à l'unité M&E - Une expertise dans le domaine de la gestion des données et des statistiques au sein ou affiliée à l'unité M&E - Une expertise dans la diffusion des données au sein ou affiliée à l'unité M&E
OBJECTIFS PRECIS	<ul style="list-style-type: none"> - Un programme national bien défini ou des projets avec des buts clairs, des objectifs et des plans opérationnels - Des révisions/évaluations régulières des progrès réalisés dans la mise en oeuvre du programme national ou des projets - Directives et accompagnement aux districts et régions ou provinces en matière de M&E - Des directives pour lier M&E à d'autres secteurs - Une coordination des besoins M&E nationaux et de ceux des bailleurs de fonds
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Un ensemble d'indicateurs prioritaires et d'indicateurs supplémentaires à différents niveaux de M&E - Des indicateurs qui permettent la comparaison dans le temps

	<ul style="list-style-type: none"> - Certains indicateurs de base qui sont comparables avec ceux d'autres pays
COLLECTE ET ANALYSE DE DONNEES	<ul style="list-style-type: none"> - Un niveau national de collecte de données et un plan d'analyse, dont l'assurance qualité des données - Un plan de collecte de données et des indicateurs d'analyse périodique à différents niveaux légaux du M&E (dont le niveau géographique) - Une surveillance de deuxième génération où les données comportementales sont reliées aux données de surveillance VIH/IST
DIFFUSION DES DONNEES	<ul style="list-style-type: none"> - Un plan général de diffusion national des données - Un rapport annuel informatif et bien diffusé de l'unité M&E - Des réunions annuelles en vue de diffuser et de discuter le M&E et le résultat des recherches avec des décideurs politiques, des planificateurs et des responsables de la mise en oeuvre - Une centralisation de la production et de la diffusion des innovations - Une base de données ou une bibliothèque centralisée de toutes les données sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, et notamment des recherches en cours - Une coordination des besoins nationaux et des bailleurs de fonds en matière de diffusion du M&E

Cadre général pour le M&E

Les indicateurs sont utilisés à différents niveaux pour mesurer ce que les programmes ou projets reçoivent et produisent. Le cadre le plus utilisé pour la sélection des indicateurs de M&E est le modèle apports-processus-résultats-effets illustré ci-dessous. Pour qu'un programme ou un projet atteigne son but, les **intrants** comme l'argent et le travail du personnel doivent engendrer des **résultats immédiats** comme des stocks et des systèmes de fourniture de médicaments et autres produits essentiels, des services nouveaux ou améliorés, du personnel formé, des supports d'information, etc. Ces résultats sont souvent le fruit de processus spécifiques, comme des sessions de formation pour le personnel, qui peuvent être vus comme des activités essentielles visant à atteindre les résultats. Si ces résultats sont bien conçus et touchent les populations visées, il est probable que le programme ou le projet aura des **effets** à court et moyen termes, par exemple une plus grande utilisation des préservatifs avec des partenaires occasionnels, une utilisation accrue de moustiquaires traitées à l'insecticide (MTI), la prise de médicaments antituberculeux ou des premiers rapports sexuels à un âge moins précoce. Ces résultats positifs à court terme doivent déboucher sur des changements de **l'impact** à long terme des programmes, mesuré par un nombre moins élevé de cas de VIH, de tuberculose ou de paludisme. Dans le cas du VIH, un impact souhaitable pour ceux porteurs du virus pourrait être une durée de survie plus longue et un changement de comportement. Pour plus d'informations sur les cadres M&E, les lecteurs sont invités à visiter les sites suivants du PNUD et de MEASURE Evaluation:

<http://cfapp1.undp.org/undpweb/eo/evalnet/docstore3/yellowbook/>
<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/evalman/>

Note: dans de nombreux cas, le changement de comportement est considéré comme un effet du programme VIH. Pour les besoins de ce guide, le changement de comportement est toutefois considéré comme un indicateur d'impact.

La mesure de l'impact exige un investissement de temps considérable pour l'évaluation et il est souvent difficile d'établir quelle partie de chaque programme ou de chaque composante de programme contribue à la réduction générale des cas et à une augmentation du taux de survie. Pour établir la relation de cause à effet d'une intervention précise, des études expérimentales ou quasi-expérimentales s'avèrent indispensables en matière d'impact.

C'est pourquoi l'accent est mis ici sur les indicateurs de résultat et d'effet qui sont souvent plus faciles à relever que les indicateurs d'impact et sont utilisés pour le renforcement du programme à court ou moyen termes et l'établissement de rapports. A mesure qu'un programme ou une intervention se développe, les utilisateurs peuvent envisager d'en évaluer l'impact à l'aide d'informations qui ont été collectées sur la durée du programme et/ou par des études d'évaluation spécifiques. L'évaluation de l'impact n'étant pas l'objet de ce document, la réalisation de telles études ne sera pas abordée ici.

Le tableau 1 présente un cadre M&E général pour le SIDA, la tuberculose et le paludisme. On y trouvera des exemples de domaines mesurés à chaque niveau, les principales questions à élucider et des indicateurs. L'objectif du tableau 1 est de familiariser les utilisateurs avec ce cadre afin de faciliter le recours à ce guide. Il sera particulièrement profitable aux utilisateurs habitués aux autres interprétations des différents niveaux. A titre d'exemple, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FM) définit généralement le processus comme une combinaison d'apports et de résultats et la couverture comme une combinaison de résultats et d'effets. Selon le niveau de développement du programme, il peut y avoir un certain chevauchement des indicateurs qui mesurent les apports, les processus et les résultats. Quand un personnel formé est disponible pour le programme, par exemple, il représente un apport. En revanche, quand les ressources humaines font défaut, le personnel qualifié devient un résultat du programme.

Tableau 1: le cadre M&E, avec exemples de domaines, de questions clés et d'indicateurs

Niveau	Domaine	Questions clés	Exemple d'indicateur
INTRANTS (stratégies, politiques, directives, financement)	Politique	<ul style="list-style-type: none"> Plans stratégiques nationaux pour chaque maladie existant, y compris plans de M&E et de recherche opérationnelle Politique et directives 	<ul style="list-style-type: none"> Politiques et directives en place au niveau national
	Paiement		<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité et approbation du financement
	Infrastructure		<ul style="list-style-type: none"> Noeud de distribution choisi Site sentinelle choisi Fournisseurs choisis

Niveau	Domaine	Questions clés	Exemple d'indicateur
	Coordination	<ul style="list-style-type: none"> existent Fonds ont été payés Chaîne de distribution en place Coordination établie Infrastructure et équipement 	<ul style="list-style-type: none"> Mécanisme de coordination en place pour questions techniques et opérationnelles Mécanisme de coordination en place pour questions politiques
PROCESSUS (ressources humaines, formation, marchandises)	Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> Ressources humaines pour fourniture de services de santé et supervision sont recrutées, motivées, formées et déployées sur le terrain Ressources humaines pour l'aide sont formées et déployées sur le terrain 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnes formées/ nombre de personnes initialement visées par la formation Nombre de personnes formées selon les normes nationales pour une intervention Nombre de personnes formées pour une intervention / 1000 personnes nécessitant une intervention Nombre de personnes avec supervision et motivation suffisantes
	Médicaments et marchandises	<ul style="list-style-type: none"> Les médicaments sont toujours disponibles pour les consommateurs en temps voulu et au lieu voulu Les fournisseurs sont équipés et disponibles pour les personnes qui demandent des soins Des directives de traitement standard et des manuels d'utilisation ont été écrits et produits 	<ul style="list-style-type: none"> % de nœuds de distribution de médicaments faisant mensuellement état de leurs stocks (suffisance, manque, consommation, qualité, pertes) % de nœuds/centres de distribution de médicaments ne faisant état d'aucune pénurie de médicaments % de fournisseurs choisis équipés pour l'intervention (laboratoires, soins, autres)
RESULTATS IMMEDIATS (services, nombres de personnes touchées, couverture)	Fourniture de services, technologies	<ul style="list-style-type: none"> L'intervention est accessible à un grand nombre ou à la majorité des districts ou autres subdivisions administratives Les ressources sont prêtes à la supervision 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de districts ou autres subdivisions administratives avec au moins un centre de distribution de médicaments % de districts ou autres subdivisions administratives avec au moins un centre de distribution de médicaments Nombre de districts ou autres subdivisions administratives avec le nombre requis de fournisseurs de l'intervention % de districts ou autres subdivisions administratives avec le nombre requis de fournisseurs de l'intervention

Niveau	Domaine	Questions clés	Exemple d'indicateur
	Connaissances, aptitudes et pratique	<ul style="list-style-type: none"> La population cible est informée des avantages de l'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de districts ou autres subdivisions administratives avec sentinelle/fournisseur désigné agissant selon les directives propres à l'intervention % de districts ou autres subdivisions administratives avec sentinelle/fournisseur désigné agissant selon les directives propres à l'intervention Nombre de population cible avec comportement/attitude sanitaire souhaitée % de population cible avec comportement/attitude sanitaire souhaitée
EFFETS (changement de comportement, couverture)	Personnes en traitement, personnes bénéficiant de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> Une majorité de la population cible est couverte par l'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de population cible couverte par l'intervention % de population cible couverte par l'intervention Nombre de population cible recevant un régime thérapeutique de première ligne % de population cible recevant un régime thérapeutique de première ligne Ratio du régime de traitement première ligne/deuxième ligne
	Changement de comportement	<ul style="list-style-type: none"> Nombre ou proportion accrue de population cible adoptant des comportements qui réduisent leur vulnérabilité à l'infection, la morbidité, et/ou la mortalité Nombre ou proportion accrue de population adoptant des convictions et pratiques qui créent un environnement de soutien 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de population cible avec comportement de demande de soins souhaité (réduction de risque, demande de soins) % de population cible avec comportement de demande de soins souhaité (réduction de risque, demande de soins)

Niveau	Domaine	Questions clés	Exemple d'indicateur
IMPACT (biologie et qualité de vie)	Morbidité, mortalité	<ul style="list-style-type: none"> La majorité de la population cible est en meilleure santé suite à l'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de population cible montrant des signes cliniques (et mesurables) de rétablissement après 6, 12 mois % de population cible montrant des signes cliniques (et mesurables) de rétablissement après 6, 12 mois Prévalence de la maladie au niveau régional ou national

Note sur les populations cibles et les dénominateurs: dans de nombreux cas, il peut s'avérer difficile de déterminer le dénominateur, ou la population, à utiliser lors de l'évaluation, par exemple de la couverture. Nous nous sommes par conséquent concentrés sur les numérateurs, ou sur la partie de la population qui est concernée ou bénéficie des interventions. Dans ce guide, les dénominateurs doivent toutefois être également inclus si possible (quand un pourcentage est donné, les numérateurs doivent toujours être mentionnés afin de permettre l'évaluation de la couverture). La publication *Estimating the Size of Populations at Risk for HIV* (UNAIDS/IMPACT/FHI, 2002) peut aider les lecteurs à résoudre le problème de la détermination des dénominateurs lorsqu'ils sont confrontés à des populations cachées.

Dans ce guide, le terme *population cible* renvoie au groupe de personnes qui bénéficient d'une intervention. La population cible peut être la population totale ou un groupe plus restreint comme les jeunes. Lors de la conception des interventions, il conviendra de définir clairement la population cible. Pour leur définition, il faudra donc savoir qui est le plus atteint, directement ou indirectement, par les maladies. La définition, par exemple, d'une population cible des interventions VIH/SIDA s'appuie souvent sur un relevé épidémiologique. Pour les épidémies généralisées où la prévalence VIH est régulièrement supérieure à 1% chez les femmes enceintes, la population cible pourrait être la population générale. Cependant, dans le cas d'une épidémie limitée et de faible niveau où la prévalence VIH est concentrée dans des groupes aux comportements à risque spécifiques, le groupe cible peut être défini comme un sous-groupe de la population générale qui partage les mêmes comportements.

Niveaux de monitoring et d'évaluation

Cette section présente un exemple d'indicateurs de base du résultat, de l'effet et de l'impact pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Les utilisateurs devraient être conscients que ces indicateurs ont été développés, discutés et convenus par un grand nombre d'experts internationaux et nationaux et de bailleurs de fonds. Ils ont été conçus dans le but spécifique de réduire les demandes d'information faites aux pays tout en veillant de répondre à des besoins internationaux précis. Le processus de développement des indicateurs a été guidé par cinq principes majeurs:

- Mettre à profit les indicateurs existants;
- Les harmoniser avec d'autres cadres internationaux comme les Objectifs de développement du millénaire (ODM);
- Minimiser le nombre d'indicateurs à suivre;

- Couvrir un grand nombre de domaines du programme et des secteurs relatifs aux différentes maladies; et
- Répondre aux besoins du programme national.

Les indicateurs d'apport et de processus sont généralement communs aux domaines des trois maladies et ils ne sont par conséquent pas spécifiés pour chacune d'elles. Bien qu'il existe des différences pour les trois maladies, ces indicateurs prennent en règle générale les formes suivantes:

Indicateur d'apport générique: existence de politiques, directives ou stratégies nationales. Il s'agit d'une question de type "oui" / "non". Reporting of overall budget allocation is included as an input.

Generic process indicator: Number of persons trained, number of drugs shipped/ordered, etc.

Pour chaque maladie, les domaines de programme généraux auront été définis. Dans le cas du VIH/SIDA, par exemple, ils incluront la prévention, le traitement, les soins et l'assistance, et les environnements de politique/mise en oeuvre accompagnateurs. Un tableau résumé montrant les différents domaines de programme ainsi que des indicateurs est présenté pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Le lecteur qui examine les tableaux récapitulatifs doit être conscient que les sous-programmes contribuent souvent à de multiples effets et impacts. Bien que les tableaux donnent l'impression d'une progression linéaire, les hypothèses concernant l'effet et l'impact généraux de chaque sous-programme doivent être émises avec précaution.

Sauf pour certaines mesures de résultat et d'effet (appelés "comptages", voir ci-dessous), des informations sont fournies pour chaque indicateur présenté dans les tableaux récapitulatifs. Ces informations peuvent être trouvées dans l'explication plus détaillée de chaque indicateur. Elles comprennent pour chacun:

- L'objet de l'utilisation
- La définition, notamment le numérateur et le dénominateur
- La mesure - à savoir les détails sur l'instrument et le processus
- La plate-forme de collecte des données, les sources – à savoir l'étude, l'enregistrement vital, les registres d'entrée/sortie des patients, les études d'infrastructure, les inventaires, les rapports de surveillance et les sentinelles
- La périodicité recommandée
- Les ressources – à savoir les groupes de référence, les sources d'assistance technique, les directives

Les résultats et effets sont également suivis et signalés comme des "comptages" de la capacité accrue fournie par rapport à un besoin qui a été estimé comme une condition préalable à un changement; ils peuvent être quantifiés par l'observation directe ou un inventaire annoté. Il peut être plus facile, par exemple, de recueillir le nombre fournisseurs de soins formés dans un domaine spécifique par un examen des antécédents. Le guide ne fournit pas de description détaillée pour ces "comptages" et la définition des

termes associés apparaît -le cas échéant- dans la description détaillée de indicateurs d'effet.

Le tableau 2 donne un aperçu des domaines de fourniture de services et des principaux objectifs pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Tableau 2. Aperçu des domaines de fourniture de services et des objectifs pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme

Domaines de fourniture	VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PALUDISME
Prévention	Information, Education, Communication (IEC)	Identification des cas d'infection	Moustiquaires traitées à l'insecticide (MTI)
	Education des jeunes	Prévention de la transmission par traitement des cas d'infection	Paludisme pendant la grossesse
	Distribution de préservatifs	Prévention de la tuberculose parmi les personnes atteintes du VIH/SIDA	Prévision et maîtrise des épidémies
	Programmes pour groupes spécifiques		Vaporisation intérieure supplémentaire
	Conseil et test volontaires		Information, éducation et communication (IEC)
	Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)		
	Diagnostic et traitement des IST		
	Prophylaxie post-exposition (PPE)		
	Sécurité sanguine et précautions universelles		
Traitement	Traitement antirétroviral et suivi	Détection à temps et traitement de qualité des cas	Traitement antipaludique efficace et rapide

	Prophylaxie et traitement des infections opportunistes	Maîtrise de la résistance aux médicaments	Suivi de la résistance aux médicaments
	VIH/TB	Suivi systématique de la performance en cas de gestion	Gestion à domicile du paludisme
Care & Support	Aide aux orphelins Aide aux malades chroniques	Aider les patients par l'observation directe du traitement	
Environnement de soutien	Renforcement de la société civile Stigmatisation Renforcement des systèmes de santé Coordination et développement de partenariat (national, communauté, public-privé) Monitoring, évaluation, et recherche opérationnelle Renforcement des capacités de gestion des achats et des stocks	Quantité et qualité assurée des médicaments et matériels de laboratoire Renforcement et maintien des ressources humaines Renforcement des systèmes de santé Coordination et développement de partenariat (national, communauté, public-privé) Monitoring, évaluation, et recherche opérationnelle Programme de recherche opérationnelle visant les obstacles à DOTS Renforcement des capacités de gestion des achats et des stocks	Monitoring et recherche opérationnelle Renforcement des systèmes de santé Monitoring, évaluation, et recherche opérationnelle Coordination et développement de partenariat (national, communauté, public-privé) Renforcement des capacités de gestion des achats et des stocks
	Prévalence HIV réduite chez les adultes (age 15-49) Pourcentage réduit de jeunes de 15-24 ans infectés au VIH	Nombre réduit de cas de frottis positifs par 100 000 hab. Nombre réduit de décès dus à la TB (toutes formes) par 100 000 hab. et par an	Taux brut de mortalité à 5 ans réduite (région endémique) Taux de mortalité spécifique au paludisme réduite

	<p>Pourcentage réduit de groupes à haut risque (professionnels du sexe, clients des travailleurs sexuels, homosexuels masculins, usagers de drogue par injection) infectés par le VIH</p>		<p>Morbidité spécifique au paludisme réduite</p>
	<p>Pourcentage réduit de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par la VIH</p> <p>Survie accrue parmi les personnes atteintes du VIH/SIDA</p> <p>Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui reconnaissent l'utilisation d'un préservatif pendant un rapport sexuel avec un partenaire occasionnel</p> <p>Pourcentage de jeunes qui ont eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans</p> <p>Pourcentage de jeunes qui ont eu plus d'un partenaire sexuel dans l'année qui précède l'an dernier</p> <p>Pourcentage de groupes à haut risque qui ont adopté des comportements réduisant la transmission du VIH</p> <p>Pourcentage d'adultes sous traitement ARV qui prennent au moins 10% de poids 6 mois après le début du traitement</p>		

VIH/SIDA

Cette section du guide donne un aperçu des indicateurs de base et des ressources M&E générales pour le VIH/SIDA (en plus de celles fournies pour chaque indicateur). Chaque indicateur de base du VIH/SIDA est *applicable* à toutes les situations, à l'exception des indicateurs couvrant les utilisateurs de drogue par injection (UDI) et la prévalence VIH. L'indicateur UDI est applicable aux pays où l'utilisation de drogue par injection est un mode de transmission du VIH nettement établi et assez significatif. Les pays à faible prévalence VIH ou épidémie concentrée doivent faire état d'un autre indicateur de prévalence VIH au sein de groupes à haut risque, par contraste avec la prévalence parmi les jeunes extraite d'une surveillance clinique prénatale. D'autres indicateurs sont présentés dans le document intitulé "Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base" (ONUSIDA, 2002) de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS).

Tableau récapitulatif pour le VIH/SIDA

	Domaine de fourniture de service	Apport	Processus	Résultat	Effet
Prévention	Information, éducation, communication (IEC)	<i>Rapport budgétaire par catégorie financière, monitoring et évaluation cadre existe, Stratégies et directives développées et utilisées, partenaires de mise en oeuvre identifiés</i>	<i>Nombre accru de personnel formé (personnel de santé, gouvernement, ONG, secteur privé), marchandises achetées (préservatifs, médicaments, fournitures de laboratoire [microscopes, réactifs, porte-objets])</i>	Programmes radio-tv ou journaux produits sur le VIH/SIDA *	
				Brochures/dépliants de prévention VIH/SIDA distribués*	
				Pairs éducateurs actifs*	
	Education des jeunes				Ecoles avec enseignants formés pour l'éducation VIH/SIDA basée sur les compétences psychosociales (IP1)
					Jeunes exposés à l'éducation VIH/SIDA en milieu scolaire* (en développement)
					Jeunes exposés à l'éducation VIH/SIDA hors milieu scolaire* (en développement)

	Domaine de fourniture de service	Apport	Processus	Résultat	Effet
	Distribution de préservatifs			Préservatifs disponibles au détail et site de fourniture de service avec stock de préservatifs (IP2)	
				Préservatifs vendus par le secteur public*	
				Préservatifs vendus par les commerces privés*	
	Programmes pour groupes spécifiques			Travailleurs du sexe et clients exposés aux programmes de proximité* (nombre et pourcentage**)	
				Homosexuels masculins exposés aux programmes de proximité* (nombre et pourcentage**)	
				Populations mobiles exposées aux programmes de proximité * (nombre et pourcentage**)	
					Usagers de drogues par injection atteints par les services de prévention (nombre* et pourcentage) (IP3)
				Sociétés disposant de politiques et programmes concernant le VIH/SIDA sur le lieu de travail (nombre* et pourcentage) (IP4)	
	Conseil et test volontaires			Districts avec services CTV* (IP5)	Population demandant des conseils et un test volontaire (IP6)*

	Domaine de fourniture de service	Apport	Processus	Résultat	Effet
	PTME			Services comportant une série minimum de prestations de PTME* (IP7)	Femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale complète pour réduire le risque de TME (nombre* et pourcentage) (IP8)
	Diagnostic et traitement des IST			Prise en charge complète des cas d'IST (IP9)	
	Prophylaxie post-exposition (PPE)			Nombre de personnes qui ont reçu une prophylaxie post-exposition *	
	Sécurité sanguine et précautions universelles			Districts avec accès au recrutement de donneurs de sang et centres de transfusion sanguine (IP10) Unités de sang transfusées testées contre le VIH (IP11)	
Traitement	Traitement antirétroviral (ART) et suivi			Centres de santé en mesure de fournir des soins médicaux préventifs avancés ainsi qu'un traitement aux personnes atteintes du VIH/SIDA (IT2)	Pourcentage de personnes ayant une infection à VIH avancée qui reçoivent une thérapie basée sur une association d'antirétroviraux (nombre* et pourcentage) (IT1)
	Prophylaxie et traitement pour infections opportunistes (IO)			Centres de santé avec capacité de fournir des conseils et services médicaux de base en matière de VIH/SIDA (nombre* et pourcentage) (IT 3)	

	Domaine de fourniture de service	Apport	Processus	Résultat	Effet
	VIH/TB			Détection active des cas de TB (parmi les personnes atteintes du VIH/SIDA) (IT 4) Conseil et test volontaire pour patients TB (IT 5)	Pratique du traitement préventif au cotrimoxazole et/ou aux ARV (IT 6 et 7)
Soins et soutien	Aide aux orphelins				Soutien externe de pour les foyers comptant des orphelins et des enfants vulnérables (nombre* et pourcentage) (SS1)
	Aide aux malades chroniques				Adultes malades chroniques dont le ménage a reçu une aide externe de base (nombre* et pourcentage) (adaptation en cours)
Environnement de soutien	Renforcement de la société civile			Nombre d'ONG offrant des services VIH/SIDA*	
	Stigmatisation			Nombre de groupes de soutien de personnes atteintes du VIH/SIDA luttant contre la discrimination*	
	Monitoring, évaluation et recherche opérationnelle				
	Renforcement des systèmes de santé			Nombre de patients examinés avec précision*	

	Domaine de fourniture de service	Apport	Processus	Résultat	Effet
	Coordination et développement de partenariat (national, communauté, public-privé)			Nombre de réseaux/partenariats impliqués*	
	Renforcement de capacité de gestion des achats et des stocks			Pourcentage de points de fourniture de service disposant d'un stock de médicaments suffisant (en développement)	Coûts unitaires des médicaments et marchandises
<p>* Les résultats et effets sont également mesurés comme des "comptages" de la capacité accrue fournie par rapport à un besoin qui a été estimé comme une condition préalable à un changement; ils peuvent être quantifiés par l'observation directe ou un inventaire annoté. Le guide ne fournit pas de description détaillée pour ces "comptages"</p>					
<p>** Les pourcentages et les chiffres bruts sont nécessaires. Toutefois, si un dénominateur ne peut être obtenu, l'accent doit être mis sur les chiffres bruts (le numérateur).</p>					

Note pour le domaine de fourniture de services VIH/TB: les programmes TB/VIH sont complexes en ce sens que deux programmes de lutte contre les maladies sont amalgamés qui ont chacun leurs approches et leurs mécanismes de rédaction de rapports. Pour plus de détails, on se reportera à "Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities. WHO/HTM/HIV/2004.1 et WHO/HTM/TB/2004.330, et "A Guide to Monitoring and Evaluation for Collaborative TB/HIV Activities" (WHO, en préparation)

Une description détaillée de chacun des indicateurs évoqués ci-dessus fait l'objet de annexe A.

Ressources générales

Depuis la création d'ONUSIDA, un certain nombre de groupes de ressources M&E – principalement au niveau mondial – ont vu le jour afin d'améliorer la coordination entre les principaux acteurs du M&E. Actuellement, il y a cinq groupes:

- Le UNAIDS Monitoring and Evaluation Reference Group (MERG) – composé de points focaux M&E codonateurs/Secrétariat, d'agences bilatérales, d'instituts de recherche et d'experts individuels – qui contribue à l'harmonisation des approches M&E à l'amélioration des méthodes.
- Le UNAIDS Estimates, Modelling and Projections Reference Group and UNAIDS/WHO working group sur la surveillance et les estimations de la transmission et de la mortalité due au VIH.

- Le Inter-Agency M&E coordination working group – composé d'importants codonateurs d'ONUSIDA, du Secrétariat et de points focaux du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme – qui aide à l'amélioration la coordination entre les acteurs mondiaux du M&E.
- Le UNAIDS Evaluation Unit – composé de membres du secrétariat d'ONUSIDA – qui apporte son aide au développement de systèmes M&E génériques en vue de l'échange d'informations stratégiques.
- Le Global Monitoring and Evaluation Support Team (GAMET) – composé de personnel de la Banque mondiale et de délégués d'agences techniques – qui se concentre sur l'aide M&E par pays dans les pays aidés par la Banque mondiale.

Ces groupes de ressources ont contribué à la mise au point des exemples d'indicateurs présentés dans ce guide.

L'ONUSIDA et ses partenaires encouragent les gouvernements à créer un groupe de soutien/référence M&E nationaux afin d'émettre des avis sur les stratégies M&E nationales, contribuer à la mobilisation de ressources en faveur du M&E optimiser l'utilisation des données. L'expérience a démontré que la coordination entre les partenaires était considérablement améliorée quand ces groupes existaient.

Assistance technique

Bien qu'une assistance technique soit disponible pour les gouvernements au travers de groupes M&E techniques, il peut être utile de demander l'aide auprès de l'Unité d'évaluation du secrétariat d'ONUSIDA à l'adresse UNGASSindicators@unaids.org pour des questions spécifiques concernant les indicateurs de la Déclaration d'engagement (DE) sur UNGASS, ou encore à M-E@unaids.org pour les questions générales au sujet du M&E. Parmi les autres sources d'aide pour toutes ces maladies, citons: CDC, Measure Evaluation, Partners for Health Reform Plus (USA), Institute for Health Systems Development (UK). Et pour une aide en matière de VIH/SIDA: Measure Evaluation and Measure DHS, FHI, The Synergy Project.

Produits logiciels

ONUSIDA met un outil précieux à la disposition des pays; le *Système d'information sur la riposte des pays* (CRIS) – qui est en mesure de centraliser toutes les données nationales obtenues sur les indicateurs de base et supplémentaires et de générer des rapports sur ces indicateurs. Le CRIS comprend deux fonctions supplémentaires: le suivi des ressources et le recensement de la recherche.

Pour en savoir plus sur la procédure de développement d'indicateurs et les démarches suggérées pour mettre en oeuvre le cadre M&E du DE, les lecteurs se reporteront utilement aux Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base qui existent en quatre langues (anglais, français, espagnol et russe) et peuvent être téléchargées sur le site Web d'ONUSIDA. Des informations supplémentaires concernant le progiciel CRIS sont également disponibles sur le site d'ONUSIDA.

Directives

Les principales sources pour les directives ci-dessous sont ONUSIDA, OMS, USAID, CDC, MEASURE et FHI. Les dernières versions de ces directives se trouvent sur Internet:

<http://www.unaids.org>

<http://www.who.int>

<http://www.cpc.unc.edu/measure>

<http://www.fhi.org>

<http://www.cdc.gov>

<http://www.usaid.gov>

ONUSIDA/MEASURE (2000). *Programmes SIDA nationaux: guide de suivi et d'évaluation*. ONUSIDA, Genève.

(<http://www.cpc.unc.edu/measure/guide/guide.html>)

ONUSIDA (2002). *Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base*

(http://www.unaids.org/UNGASS/docs/JC894-CoreIndicators_en.pdf)

UNAIDS/World Bank (2002). *National AIDS Councils (NACs) Monitoring and Evaluation Operations Manual*. UNAIDS/World Bank, Geneva.

(http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/surveillance/JC808-MonEval_en.pdf)

Centers for Disease Control and Prevention (2002). *Strategic Monitoring and Evaluation: A Draft Planning Guide and Related Tools for CDC GAP Country Programs*. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.

Family Health International (2002). *Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries: A Handbook for Program Managers and Decision Makers*. Family Health International, Arlington.

(<http://www.fhi.org/en/aids/impact/impactpdfs/evaluationhandbook.pdf>)

Family Health International (2000). *Behavioural Surveillance Surveys (BSS): Guidelines for Repeated Behavioural Surveys in Populations at Risk for HIV*. Family Health International, Arlington.

(<http://www.fhi.org/en/aids/wwdo/wwd12a.html#anchor545312>)

WHO/UNAIDS (2000). *Second Generation Surveillance for HIV: The Next Decade*. UNAIDS, Geneva.

(http://www.who.int/emc-documents/aids_hiv/docs/whocdscsredc2005.PDF)

Tuberculose

Cette section donne un aperçu des indicateurs de base pour la maîtrise de la tuberculose et présente des ressources supplémentaires pour qui veut approfondir la question du monitoring et de l'évaluation de la tuberculose. Les indicateurs sont généraux par nature et conviennent pour le suivi de la maîtrise de la tuberculose, en particulier par l'intermédiaire des programmes nationaux de maîtrise de la tuberculose. Les indicateurs ne répondent pas spécifiquement aux autres besoins d'innovation dans la fourniture des services comme les soins communautaires ou l'engagement du secteur privé. De même, seul un nombre limité d'indicateurs est fourni pour le suivi des interventions TB/VIH et la gestion de la tuberculose résistant aux multimédicaments. Les lecteurs sont dirigés vers d'autres références pour un suivi plus complet de ces activités. Un recueil des indicateurs de suivi des activités de contrôle de la tuberculose est en préparation au sein du groupe de travail sur les indicateurs dont les partenaires sont énumérés dans les ressources générales. De nombreuses définitions d'indicateurs fournies dans le présent guide sont extraites d'un version préliminaire du recueil.

Tableau récapitulatif pour la tuberculose

	Sous-programme	Apports	Processus	Résultat	Effet
Prévention	Identification des cas d'infection	<i>Priorité dans le plan général du secteur de santé, politiques TB cohérente avec les directives internationales, plan opérationnel à moyen terme cohérent avec les directives internationales, ressources financières cohérentes avec le plan opérationnel,</i>	<i>Nombre accru de personnel formé (personnel de santé, gouvernement, ONG, secteur privé), marchandises achetées (préservatifs, médicaments, fournitures de laboratoire [microscopes, réactifs, porte-objets]), réseau complet de laboratoires constitué</i>		Nouveaux cas de détection TB à frottis positif selon DOTS (nombre* et pourcentage) (PI 1)
	Prévention de la transmission par traitement des cas d'infection				Nouveaux cas avec frottis positifs répertoriés selon DOTS qui sont devenus négatifs au bout de 2 mois de traitement (nombre* et pourcentage) (PI 2)
	Prévention de la tuberculose parmi les personnes atteintes du VIH/SIDA			Séroprévalence VIH parmi les patients TB (PI 4)	Individus doublement infectés TB et VIH qui reçoivent une thérapie préventive à l'isoniazide (nombre* et pourcentage) (PI 3)
Traitement	Détection à temps et traitement de qualité des cas			Population couverte par DOTS (nombre* et proportion) (TI 1)	Nombre de décès dus à la tuberculose par 100 000 hab./an (nombre* et pourcentage)

	Sous-programme	Apports	Processus	Résultat	Effet
					Cas de tuberculose à frottis positif répertoriés selon DOTS qui sont traités avec succès (TI 2) (nombre* et pourcentage)
	Maîtrise de la résistance aux médicaments				Nouveaux cas à frottis positif répertoriés selon DOTS qui échappent ou abandonnent le traitement (nombre* et pourcentage) (TI 3) (nombre* et pourcentage)
	Suivi systématique de la performance en cas de gestion			Centres de traitement soumettant en temps voulu des rapports précis et complet (nombre* et proportion) (TI 4)	
Soins et soutien	Aider les patients par l'observation directe du traitement			Patients sous observation directe de thérapie (DOT) pendant la phase intensive (nombre* et proportion) (CS 1)	
Environnement de soutien	Quantité et qualité assurée des médicaments et matériels de laboratoire			Centres de santé impliqués dans DOTS avec des stocks de médicaments et matériel de laboratoire suffisants** (SE 1 et SE 2)	

	Sous-programme	Apports	Processus	Résultat	Effet
	Renforcement et maintien des ressources humaines			Nombre de centres de santé et laboratoires impliqués dans DOTS avec capacité suffisante pour DOTS*	
	Monitoring, évaluation et recherche opérationnelle (centrée sur les obstacles à la mise en oeuvre de DOTS)			<p>Nombre d'activités de formation organisées selon le plan opérationnel*</p> <p>Nombre et proportion de travailleurs de santé régulièrement suivis*</p>	
	Renforcement des systèmes de santé			<p>Nombre de patients correctement examinés selon les protocoles*</p> <p>Centres de soins et laboratoires avec capacité DOTS (nombre* et proportion)</p>	
	Coordination et développement de partenariat (national, communauté, public-privé)			Nombre de réseaux/partena-riats impliqués *	
	Renforcement de capacité de gestion des achats et des stocks			Pourcentage de points de fourniture de services disposant d'un stock de médicaments suffisant (en développement)	Coûts unitaires des médicaments et marchandises

* Les résultats et effets sont également mesurés comme des "comptages" de la capacité accrue fournie par rapport à un besoin qui a été estimé comme une condition préalable à un changement; ils peuvent être quantifiés par l'observation directe ou un inventaire annoté. Le guide ne fournit pas de description détaillée pour ces "comptages".

** Bien que ces informations concernent principalement le rapport sur le nombre de centres de soins, une description de l'indicateur associé à la proportion est fournie.

Une description détaillée de chacun des indicateurs évoqués ci-dessus fait l'objet de l'annexe B.

Ressources générales

- Unité Tuberculosis Monitoring and Evaluation du département Halte à la tuberculose de l'Organisation mondiale de la santé: renforcement de capacité à l'échelle du pays pour le monitoring, l'évaluation et la planification basée sur des preuves, organiser la surveillance mondiale des tendances épidémiologiques et financières de la maîtrise de la tuberculose
- Groupes de travail du Partenariat Halte à la tuberculose: trois groupes de travail opérationnels proposent un approfondissement de l'action coordonnée et le soutien du monitoring et de l'évaluation au niveau du pays et activités relatives à
 - o l'expansion DOTS, y compris les sous-groupes sur les laboratoires et le mélange public-privé
 - o TB/VIH
 - o MDR-TB
- Global Working Group on Indicators – un partenariat entre l'Organisation mondiale de la santé, la Banque mondiale, les U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (IUATLD), l'Association royale néerlandaise contre la tuberculose (KNCV), U.S. Agency for International Development (USAID) et Measure.
Contact: cvincent@usaid.gov

Assistance technique

- International Union Against TB and Lung Diseases (IUATLD): www.iuatld.org
- Royal Netherlands Tuberculosis Association (KNCV): www.tuberculose.nl
- U.S. Centers for Disease Control: www.cdc.gov (mqalls@cdc.gov)
- World Health Organization: www.who.int (dyec@who.int)
- World Bank: www.worldbank.org (dweil@worldbank.org)

Produits logiciels

- WHO logiciel EpiCentre pour gérer les données trimestrielle des rapports
Contact: WHO SEARO (Nani Nair, nairn@whosea.org)
- Electronic TB Register (ETR): un répertoire TB informatisé qui recueille les données individuelles disponibles aux États-unis auprès du projet "Botusa" en Afrique des U.S. Centers for Disease Control
Contact: Peter Vranken (pbv7@botusa.org).
- La nouvelle application Windows (Access) combine les caractéristiques de EpiCentre et ETR, et est accompagnée de "spécifications" pour le développement logiciel
Contact: OMS Genève (Dan Bleed, bleedd@who.int).

Directives

- World Health Organization (2002). An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control.
<http://www.who.int/gtb/publications/dots/pdf/TB.2002.297.pdf>
- World Health Organization (1998). Tuberculosis handbook.
<http://www.who.int/gtb/publications/tbhandbook/index.htm>
- World Health Organization (2002). Global Tuberculosis Control: WHO Report 2003.
<http://www.who.int/gtb/publications/globrep/index.html>
- World Health Organization (2003). Management of Tuberculosis Training for health facility staff.
http://www.who.int/gtb/publications/training/management_of_tb/pdf/who_cds_tb_2003_314i.pdf
- World Health Organization (1998). Laboratory services in tuberculosis control.
http://www.who.int/gtb/publications/whodoc/who_tb-98-258/en/98.258_org_management.pdf
- World Health Organization (2001). The Use of Indicators for communicable disease control at district level.
http://www.who.int/gtb/publications/indicators/tb_2001_289.pdf
- World Health Organization (2001). Good practice in legislation and regulations for TB control: An indicator of political will.
http://www.who.int/gtb/publications/General/TB_2001_290legisl.pdf
- World Health Organization (2000). Guidelines for establishing DOTS-PLUS pilot projects for the management of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB).
<http://www.who.int/gtb/publications/dotsplus/dotspluspilot-2000-279/english/index.htm>

- World Health Organization (2003). Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities.
http://www.who.int/gtb/publications/tb_hiv/2003_319/tbhiv_guidelines.pdf
- World Health Organization (1998). Guidelines for conducting a review of a national tuberculosis programme.
http://www.who.int/gtb/publications/whodoc/who_tb_98.240.pdf

Paludisme

Cette section du guide constitue un cadre général pour le monitoring et l'évaluation des interventions spécifiques ou les domaines de fourniture de services dans les programmes de maîtrise du paludisme. Un aperçu des indicateurs de M & E pour les interventions y est présenté, ainsi que les ressources générales disponibles ou en préparation. Chaque indicateur est applicable à tous les environnements endémiques du paludisme, à l'exception des indicateurs couvrant l'impact et l'épidémie. L'indicateur pour la prévision des épidémies devrait uniquement être utilisé pour les pays où une région est prédisposée à l'épidémie. En ce qui concerne le monitoring de l'impact, l'indicateur primaire à suivre par tous les pays africains et les environnements à épidémie élevée est celui de la mortalité pour toute cause des moins de 5 ans, tels qu'il est mesuré par des enquêtes nationales représentatives des ménages. La mortalité spécifique au paludisme ne peut être mesurée régulièrement car elle est difficile à enregistrer dans une Afrique en proie aux épidémies. Les symptômes et signes (comme l'anémie) ne sont ni spécifiques ni sensibles, rendant l'analyse et le compte rendu verbal imprécis; de nombreux décès, en particulier chez les jeunes enfants, peuvent être en rapport avec le paludisme plutôt qu'être dus au paludisme exclusivement sans qu'il y ait infection. Par ailleurs, une majorité de décès ne se produit pas dans les hôpitaux et sont habituellement enregistrés dans les systèmes de santé; il est peu probable qu'ils soient repris dans les systèmes d'enregistrement vitale qui sont souvent incomplets.

Tableau récapitulatif pour le paludisme

	Sous-programme	Apport	Processus	Résultat	Effet
Prévention	Moustiquaires traitées à l'insecticide (MTI)	<i>Rapport budgétaire par catégorie financière, cadre de monitoring et évaluation cadre existe, Stratégies et 7 directives développées et utilisées, partenaires de mise en oeuvre identifiés</i>	<i>Nombre accru de personnel formé (personnel de santé, gouvernement, ONG, secteur privé), marchandises achetées (MTI, insecticides, autres, politique d'achat)</i>	Nombre de moustiquaires, LLN, imprégnées ou kits de ré-imprégnation de moustiquaires distribués*	Ménages possédant des MTI (IP1)
	Paludisme pendant la grossesse			Nombre de moustiquaires retraitées ré-imprégnées*	Enfants de moins de 5 ans utilisant des MTI (IP 2)
				Nombre de sites sentinelle créés pour le suivi de la résistance à l'insecticide*	
				Nombre de moustiquaires, LLN, prétraitées ou kits de retraitement distribués*	Femmes enceintes utilisant des MTI (IP 3)
	Prévision et limitation des épidémies			Nombre de moustiquaires retraitées *	Femmes enceintes suivant un traitement (TIP) ou une chimioprophylaxie (IP 4)
Nombre de femmes enceintes suivant un TPI correct*					
Vaporisation intérieure supplémentaire			Nombre de maisons et zones vaporisées à l'insecticide*	Epidémie de paludisme détectée et correctement maîtrisée (PI 5)	
Information, éducation et communication (IEC)			Nombre de zones visées par les services IEC*		

	Sous-programme	Apport	Processus	Résultat	Effet
Traitement	Traitement antipaludique rapide et efficace			Nombre de patients avec paludisme simple et paludisme compliqué recevant un diagnostic et un traitement corrects*	Enfants de moins de 5 ans avec accès à un traitement rapide et efficace (IT1)
				Nombre de centres de santé ne signalant aucune pénurie de médicaments antipaludiques* (IT 2)	Patients avec paludisme compliqué recevant un traitement correct (IT 3)
	Suivi de pharmacorésistance			Nombre de sites sentinelles créés pour le monitoring de la résistance aux médicaments antipaludiques*	
	Gestion du paludisme à domicile			Nombre de soignants capables de reconnaître les signes et symptômes du paludisme*	
Environnement de soutien	Monitoring, évaluation et recherche opérationnelle	% du budget consacré au monitoring et à la recherche opérationnelle			
	Renforcement des systèmes de santé			Nombre de patients examinés correctement selon les protocoles*	
	Coordination et développement de partenariat (national, communauté, public-privé)			Nombre de réseaux/partenariats impliqués*	
	Renforcement de capacité de gestion des achats et des stocks			Pourcentage de points de fourniture de service disposant d'un stock de médicaments suffisant	Coûts unitaires des médicaments et marchandises

* Les résultats et effets sont également mesurés comme des "comptages" de la capacité accrue fournie par rapport à un besoin qui a été estimé comme une condition préalable à un changement; ils peuvent être quantifiés par l'observation directe ou un inventaire annoté. Le guide ne fournit pas de description détaillée pour ces "comptages" en annexe.

Une description détaillée de chacun des indicateurs évoqués ci-dessus fait l'objet de l'annexe C.

Ressources générales

Depuis la création de Faire reculer le paludisme (RBM), un groupe Monitoring and Evaluation Reference (MERG) a été constitué en vue d'améliorer la coordination parmi les acteurs essentiels du M&E. La principale fonction du MERG est de faire office d'organe consultatif pour le secrétariat de RBM en assurant l'accompagnement technique en matière d'évolution du monitoring dans le contrôle du paludisme. Le travail M&E réel est le fait des programmes nationaux de contrôle du paludisme avec l'aide des équipes internationales et des partenaires de RBM. Des informations sur les activités et les produits du MERG se trouvent à l'adresse suivante:

http://mosquito.who.int/partnership/wg/wg_monitoring/summary.htm.

Assistance technique et produits logiciels

Une aide technique aux gouvernements est disponible auprès de plusieurs sources, en particulier par l'intermédiaire du Monitoring and Evaluation Reference Group (MERG) de RBM, du siège et des bureaux régionaux de l'OMS, ainsi que des bureaux RBM inter-pays. Par ailleurs, des groupes d'assistance technique M&E ont été créés dans certains pays grâce à un partenariat RBM élargi.

Directives

Plus d'informations sur le monitoring et l'évaluation du contrôle du paludisme peuvent être trouvées dans les documents suivants:

Généralités

- Roll Back Malaria. *Framework for Monitoring Progress and Evaluating Outcomes and Impact*. 2000. Geneva. Disponible en ligne: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/012/168/m_e_en.pdf.
- Roll Back Malaria/MEASURE. *Guidelines for core indicators for assessing malaria intervention coverage from household surveys*. 2004. *En préparation*.
- Roll Back Malaria. Monitoring and Evaluation Reference Group, Mortality Task Force. *Meeting Minutes*. 16 July 2003. Disponible en ligne: http://mosquito.who.int/partnership/wg/wg_monitoring/summary.htm
- Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS). *En préparation*.
- WHO/UNICEF. Africa Malaria Report 2003. Disponible en ligne: http://mosquito.who.int/partnership/wg/wg_monitoring/summary.htm

Politiques et directives

- WHO. *Management of Severe Malaria: A practical handbook*. 2nd Edition. Geneva 2000. Disponible en ligne: <http://rbm.who.int/docs/hbsm.pdf>.
- WHO. *The Use of Antimalarial Drugs: Report of an Informal Consultation*, Geneva, 13-17 November 2000. Disponible en ligne: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/014/923/use_of_antimalarials.pdf.

- WHO. *Antimalarial Drug Combination Therapy: Report of a WHO Technical Consultation*, Geneva, 4-5 April 2001. Disponible en ligne: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/082/use_of_antimalarials2.pdf.
- WHO Regional Office for the Western Pacific. *Malaria Rapid Diagnosis: Making it work*. Meeting Report 20-23 January 2003. Manila. Disponible en ligne: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/016/750/rdt2.pdf.

Gestion des stocks de médicaments

- Management Sciences for Health. *Drug Management for Malaria*. June 2000, revised July 2002. Rational Pharmaceutical Management Program.
- John Snow International. *Logistics Indicators and Monitoring and Evaluation Tools*. DELIVER Project. Disponible en ligne: http://deliver.jsi.com/2002/Pubs/Pubs_Guidelines/index.cfm.

Résistance aux médicaments

- WHO. *Monitoring Antimalarial Drug Resistance. 2002. Report of a WHO consultation*, Geneva, Switzerland 3–5 December 2001. Disponible en ligne: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/800/200239.pdf.

Gestion à domicile

- Roll Back Malaria/UNDP/World Bank/WHO TDR. *Scaling up home-based management of malaria: from research to implementation*. 2003. Geneva. *En préparation*.
- Carol Baume. *A Guide to Research on Care-seeking for Childhood Malaria*. Published by the Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project and the Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia, April 2002. Disponible en ligne: <http://www.aed.org/publications/GuideResearch.pdf>.

Contrôle des vecteurs, dont les moustiquaires traitées à l'insecticides (MTI)

- Roll Back Malaria. *Scaling-Up Insecticide-Treated Netting Programmes in Africa: A Strategic Framework for Coordinated National Action*. 2002. Geneva. Disponible en ligne: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/845/itn_programmes.pdf.
- Roll Back Malaria. *Insecticide-Treated Mosquito Net Interventions: A Manual for National Control Programme Managers*. 2003. Disponible en ligne: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/016/211/ITNinterventions_en.pdf.
- WHO. *Space spray application of insecticides for vector and public health pest control: A practitioner's guide*. Geneva, 2003 (document WHO/CDS/WHOPES/GCDPP/2003.5). Disponible en ligne: http://www.who.int/ctd/whopes/docs/Brochure_Space.pdf.

Paludisme et grossesse

- Roll Back Malaria. *Strategic framework for malaria control during pregnancy*. 1 November 2002.

Epidémiologie du paludisme

- Hook C. Field Guide for Malaria Epidemic Assessment and Reporting. DRAFT for Field Testing. World Health Organization. 2003. Disponible en ligne: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/016/569/FTest.pdf.
- Roll Back Malaria. Prevention and Control of Malaria Epidemics: 3rd Meeting of the TSN, Geneva, 10-11 December 2001. 2002. Disponible en ligne: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/827/3epidemics_report.pdf.
- Roll Back Malaria. Malaria Early Warning Systems: A Framework for Field Research in Africa . Disponible en ligne: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/014/807/mews2.pdf.

Formation et développement des ressources humaines

- Roll Back Malaria. RBM Human Resource Needs Assessment & Planning Tool. 2003. En préparation.

Questions fréquemment posées

Questions techniques

1. Quelle est la différence entre monitoring et évaluation?

Le monitoring est le suivi *routinier* des éléments clés de la performance d'un programme/projet, généralement des apports et des résultats, grâce à la tenue de rapports, à des rapports réguliers et à des systèmes de surveillance ainsi que l'observation des centres de santé et des enquêtes auprès des clients. Le monitoring aide les gestionnaires de programme ou de projet à déterminer quels domaines exigent un plus grand effort et soulèvent des questions qui pourraient contribuer à une meilleure réponse. Dans un système de monitoring et d'évaluation bien conçu, le monitoring participe largement à l'évaluation. Les indicateurs suivis pour le monitoring seront différents selon le niveau de rapport dans le système de santé. Il est très important de choisir un nombre limité d'indicateurs qui seront réellement utilisés par les responsables et directeurs du programme. Il existe une tendance à récolter des informations sur de nombreux indicateurs et à relayer ces informations aux niveaux où elles ne seront et ne peuvent être utilisées pour la prise de décision.

En contraste, l'évaluation est l'*examen ponctuel* du changement dans les résultats poursuivis qui peut être attribué à l'intervention du programme ou du projet. En d'autres mots, l'évaluation tente de *relier* directement un résultat ou effet particulier à une intervention particulière après un certain temps dans l'évolution. L'évaluation permet aux gestionnaires du programme ou du projet de déterminer la valeur d'un programme ou projet spécifique.

2. Quelle est la différence entre M&E national et sous-national?

En raison des faibles ressources M&E au niveau sous-national, l'accent est mis sur le monitoring des apports ou résultats et sur les progrès positifs ou non en fonction d'un plan sous-national. Une évaluation d'un petit centre de soins dans le cadre d'une supervision de routine peut être utile pour fournir une information sur la qualité des soins ou la disponibilité et l'utilisation des services. Au niveau national, le monitoring et l'évaluation sont indispensables.

Les données sous-nationales sont extrêmement pertinentes pour un M&E à l'échelle nationale pour autant que les directives nationales soient respectées pour rendre le cumul possible. Si un pays, par exemple, possède des informations sur la distribution de préservatifs par district (ou équivalent) plutôt qu'un chiffre national général, le monitoring de la tendance dans l'utilisation du préservatif peut devenir plus significatif et plus précis.

3. Quelle est la différence entre M&E du programme et du projet?

Programme renvoie à une réponse nationale ou sous-nationale globale à une maladie. Au sein d'un programme national, il existe généralement plusieurs domaines de

programmation différents. Le programme VIH/SIDA, par exemple, possède un certain nombre de “sous-programmes” comme la sécurité sanguine, la maîtrise des IST ou la prévention VIH auprès des jeunes. *Project* renvoie à une combinaison d'interventions qui visent une population spécifique définie géographiquement ou autrement.

En raison de cette portée plus large (thématique, géographique, population cible), le monitoring de programme tend à être plus complexe que le monitoring de projet et exige une forte coordination entre les agences chargées de la mise en oeuvre. L'évaluation de programme est même plus difficile, notamment certains types d'évaluations (résultat et impact). Pour mener à bien de telles évaluations, la conception du programme/projet doit comprendre ses propres évaluations des références et de suivi qui mesurent non seulement les résultats spécifiques mais aussi le niveau d'exposition du programme/projet et de ses activités. (voir la question 4 pour plus de détails sur les évaluations)

4. Quel est le bon moment pour une évaluation?

Le moment d'un *type* d'évaluation spécifique dépend de l'état d'avancement de la mise en oeuvre d'un programme ou projet. Il existe quatre types d'évaluations de programme ou de projet:

- Evaluation de formation
- Evaluation de processus
- Evaluation d'effet
- Evaluation d'impact

L'*évaluation de formation* est réalisée lors de la conception d'un programme de prévention et de soins afin d'identifier et de résoudre les questions d'intervention et d'évaluation avant le déploiement du programme. L'évaluation de formation identifie la dynamique de transmission, aide à repérer les interventions efficaces et à définir des buts réalistes.

L'*évaluation de processus* suppose l'évaluation du contenu du programme ou projet, de leur portée ou couverture ainsi que de la qualité de la mise en oeuvre. Si l'évaluation de processus conclut que le programme/projet n'a pas été mis en oeuvre, ou n'atteint pas le public visé, il est inutile d'effectuer une évaluation d'effet. Toutefois, si l'évaluation de processus montre des progrès dans la mise en oeuvre du programme/projet comme prévu, une telle évaluation vaudra la peine.

Dans l'*évaluation d'effet*, l'évaluation est conçue spécifiquement avec l'intention d'attribuer le changement à l'intervention elle-même. A tout le moins, la structure de l'évaluation doit être en mesure de relier de manière convaincante les résultats observés d'un programme ou projet bien défini et de démontrer que les changements ne sont pas le résultat de facteurs sans lien avec le programme/projet.

Si l'évaluation montre un changement des résultats, le temps est venu d'effectuer une *évaluation d'impact*. La véritable évaluation d'impact, en mesure d'attribuer un changement à long terme à un programme ou projet spécifique, est fort rare. En revanche, le monitoring des indicateurs d'impact, en conjonction avec les évaluations de processus et d'effet, est considéré comme suffisant pour indiquer le niveau d'impact général.

5. L'évaluation est-elle plus exigeante que le monitoring?

Comme on l'a vu dans les questions 1 à 4, les objectifs et la méthodologie utilisés pour le monitoring et l'évaluation sont différents. En général, les évaluations sont plus difficiles en raison de la rigueur méthodologique indispensable; sans une telle rigueur, des conclusions fautives de la valeur d'un programme ou projet pourraient être tirées. Elles sont également plus coûteuses, en particulier les évaluations de résultat et d'impact qui exigent des enquêtes auprès de la population.

6. Qu'est-ce que la recherche opérationnelle?

La recherche opérationnelle (RO) est un type d'évaluation plus rigoureux qui complète les systèmes de M&E. Le principal objectif de l'OR est de fournir aux gestionnaires de programme et aux décideurs politiques les informations indispensables pour développer, améliorer ou étendre les programmes. On peut la voir comme un processus pratique et systématique pour identifier et résoudre les problèmes relatifs au programme. Le processus compte cinq étapes:

1. Identification du problème et diagnostic
2. Sélection d'une stratégie pour le programme
3. Test et évaluation de la stratégie
4. Diffusion des informations
5. Utilisation des informations et extension

Dès que la recherche opérationnelle montre qu'une intervention donnée peut être efficace, le suivi d'une mise en oeuvre plus généralisée s'avère nécessaire à travers un système M&E national puissant. Si la RO, par exemple, montre que l'éducation sexuelle dans certaines écoles secondaires peut réduire le comportement à risque, des études de comportement répétées parmi un échantillon d'étudiants sera nécessaire pour traduire ces changements du comportement à risque après l'intégration de l'éducation sexuelle dans le programme national.

7. Tous les indicateurs se valent-ils?

Le cadre conceptuel du M&E évoqué ici montre que les différents types d'indicateurs ne se valent pas mais qu'ils sont *reliés* les uns aux autres en vue d'atteindre les buts fixés et les objectifs d'un programme spécifique. Les apports comme l'argent et l'affectation de personnel produisent des résultats comme les systèmes de gestion de stocks et les systèmes de livraison de médicaments ou marchandises essentielles, des services nouveaux ou améliorés, de personnel formé, de brochures d'information, etc. Si ces résultats sont bien conçus et touchent les populations qu'ils visent, il est probable que les effets seront positifs – selon le contexte dans lequel ils se placent. Ces effets positifs doivent déboucher sur des changements à long terme pour les populations ou systèmes.

8. Quand faut-il mesurer les différents indicateurs?

La fréquence des rapports dépendra de la place des indicateurs dans le cadre conceptuel du M&E, en tenant compte d'un calendrier raisonnable pour le changement attendu et de la capacité de programmation pour le M&E. Les fréquences suivantes sont suggérées:

Type d'indicateur	Fréquence de mesure
Apport	permanent
Processus	trimestriel
Résultat	trimestriel
Effet	2 à 3 ans
Impact	3 à 5 ans

9. Pourquoi des indicateurs standard?

L'utilisation d'indicateurs standard donne au Programme national des mesures utiles du même indicateur dans différentes populations, permettant ainsi la triangulation des conclusions et la mise en évidence des incohérences régionales ou locales et des différences à étudier. Les ressources seront ainsi redirigées vers les régions ou sous-populations les plus démunies et permettront d'identifier les domaines propices à une intensification ou une réduction de l'effort à l'échelon national, améliorant finalement l'efficacité de la réponse nationale. L'utilisation d'indicateurs standard garantit également la comparaison des informations entre les pays et dans le temps.

Lors de la conception de leurs propres activités d'évaluation, les *projets* doivent également tenir compte des indicateurs nationaux standard dans ce domaine. Les projets peuvent avoir leurs propres besoins d'information qui répondent à des cadres rigoureux. Toutefois, ils devront, le cas échéant, choisir ces indicateurs avec des périodes de référence, des dénominateurs standards, etc. qui permettront d'introduire aisément les données collectées dans le système de M&E national.

10. Qu'entend-t-on par un système de M&E fiable, complet ou cohérent?

Un système de M&E fiable présente les caractéristiques suivantes:

- Une unité de M&E établie au sein du gouvernement (Ministère de la santé ou conseils nationaux spécifiques à une maladie) avec des liens formels entre les ministères sur le terrain (selon la maladie), les instituts de recherche, les donateurs et les ONG
- Un programme national avec des buts et objectifs bien définis
- Un plan de M&E national comprenant un ensemble d'indicateurs prioritaires à différents niveaux de M&E selon le plan stratégique national; comparables dans le temps; un sous-ensemble comparable avec d'autres pays; et un plan de collecte de données, de contrôle de qualité, d'analyse, de diffusion et d'utilisation.

Un système de M&E cohérent est étroitement lié à des relations de M&E efficaces entre les intervenants principaux en vue d'une meilleure utilisation des ressources et des données. Il permet de garantir que les efforts de M&E financés par des donateurs

contribuent plutôt aux besoins nationaux qu'aux simples besoins de rapport des agences. Il encourage également la communication entre les différents groupes associés à la réponse nationale. Une planification, une exécution, une analyse ou une diffusion partagée des informations peuvent réduire le chevauchement des programmes et améliorer la coopération entre les différents groupes, dont beaucoup travailleront mieux ensemble que séparés.

11. Comment le M&E du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme s'inscrit-il dans les systèmes d'information de santé nationaux?

La création ou le renforcement de systèmes d'information de santé nationaux (SISN) constituent le prérequis d'un monitoring fiable des trois maladies et de la réponse. Un accroissement du financement des trois domaines de maladie crée une opportunité de renforcer non seulement les informations de santé spécifiques à un programme ou projet mais aussi les systèmes d'information sanitaires et de surveillance dans leur ensemble. Le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme présentent différentes possibilités en matière de collecte, de diffusion et d'utilisation; des opportunités existent pour que les trois maladies profitent des possibilités des autres.

Un SISN efficace constitue également une base solide pour des évaluations de programmes à grande échelle et donc aussi une amélioration de la planification et de la prise de décision. Les décisions urgentes comme l'allocation de nouvelles ressources pour atteindre le meilleur résultat général s'en trouveront facilitées.

Questions opérationnelles

1. Comment choisir les indicateurs dans la liste de base fournie par ce guide?

Lorsqu'ils décident d'un ensemble d'indicateurs, les pays ne sont *pas* limités par la liste de base présentée dans ce guide et ne doivent pas nécessairement les utiliser tous. Le choix des indicateurs doit être guidé plutôt par les buts du programme national ou du projet. Il est inutile de collecter des données dans les domaines sans intérêt pour le contexte local en raison même du temps et du coût de la collecte et de l'analyse pour chaque indicateur. Toutefois, quand les indicateurs remplissent leur rôle, les programmes nationaux sont invités à utiliser les indicateurs de base proposés dans ce guide afin de garantir une certaine normalisation des informations entre les pays et dans le temps.

Les principes directeurs suivants vous aideront à choisir l'ensemble d'indicateurs le plus utile et les instruments de collecte de données qui y sont associés:

1. Utilisez un cadre de M&E conceptuel pour l'interprétation correcte des résultats (voir ci-dessus le cadre suggéré);
2. Assurez-vous que les indicateurs sont liés aux buts du programme ou du projet et capables de mesurer le changement;
3. Assurez-vous d'utiliser des indicateurs standard dans la mesure du possible afin de permettre la comparaison avec d'autres pays ou groupes de population;
4. Examinez le coût et la faisabilité de la collecte des données et de leur analyse;
5. Pour le VIH/SIDA, tenez compte de l'état de l'épidémie

6. Limitez-vous au nombre minimum d'indicateurs nécessaires, avec une référence spécifique au niveau du système qui a besoin et utilisera les indicateurs pour les décisions de programmation et de gestion. Des indicateurs supplémentaires peuvent toujours être retenus plus tard.

2. La planification de la collecte des données pour les indicateurs choisis exige-t-elle des stratégies différentes?

Le coût, la difficulté et la capacité nécessaires pour collecter les informations augmentent à mesure que les indicateurs passent des apports aux résultats et des effets aux impacts.

Les données d'apport et de résultat sont souvent faciles et peu onéreuses à collecter. Il devrait être possible de collecter les indicateurs d'apport et de résultat au niveau central à partir des systèmes de suivi sanitaire habituel, à condition que ces systèmes fonctionnent. Les planificateurs du programme devraient tirer un avantage stratégique de l'attention accrue portée aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme pour demander un financement du renforcement des systèmes nationaux d'information et de surveillance de la santé qui peuvent être utilisés pour les rapports sur ces maladies ou d'autres programmes spécifiques à des maladies.

Les données pour de nombreux indicateurs d'effet et d'impact sont collectées par l'intermédiaire d'enquêtes de population, ou sur les centres de santé, plus onéreuses ou plus difficiles qui demandent quelque expérience des méthodes de recherche. La mesure d'effet est généralement plus difficile en raison de la sensibilité et de la spécificité de chaque indicateurs.

3. Comment exploiter les efforts actuels de collecte des données?

Lorsqu'ils élaborent leurs plans de collecte de données, les pays devraient, dans la mesure du possible, tenir compte:

- De la longueur d'enquêtes de population onéreuses comme le DHS où des modules peuvent être inclus pour obtenir des données sur certains indicateurs pertinents pour les trois maladies;
- De l'existence de données déjà récoltées par des agences qui ne sont pas directement associées à une des trois maladies spécifiques mais peuvent aider au monitoring,

4. Quelle part du budget du programme national total consacrer au M&E?

Garantir que les ressources seront bien utilisées exige un système M&E cohérent. C'est pourquoi il est recommandé qu'environ 5 à 10 pour cents du budget du programme national soit consacrés au M&E. Ce pourcentage devrait être calculé en tenant compte des donateurs externes et des ressources nationales. De même, entre 3 et 5 pour cents des ressources financières régionales et de district (le cas échéant) devraient être consacrés aux activités de M&E à ce niveau.

Les bailleurs de fonds se rendent compte que des fonds du projet devraient être alloués au développement d'un système de M&E afin de garantir la collecte, l'analyse et l'utilisation des informations. Par conséquent, de plus en plus de ressources ont été dégagées dans le cadre de subventions plus importantes. Elles permettent le développement de systèmes cohérents plutôt que d'efforts ponctuels.

5. Comment optimiser l'utilisation des fonds de M&E?

Les recommandations suivantes aideront à garantir un investissement correct des fonds de M&E:

- Développez des systèmes plutôt que des collectes de données ponctuelles. Le coût initial doit être vu à la lumière d'un avantage supplémentaire de la collecte plus régulière et plus complète de données qui rend finalement l'exercice moins onéreux.
- Examinez les besoins à court et moyen terme afin de garantir une continuité en douceur des programmes nationaux.
- Mobilisez les acteurs clés du M&E dans le pays au travers d'un groupe de soutien au M&E afin d'éviter la duplication des efforts.
- Utilisez des cadres de M&E convenus de commun accord à des fins de comparaison.

6. Comment utiliser l'utilisation des données?

Le but final d'une collecte de données est leur utilisation dans le cadre d'une procédure de prise de décision. Les données sont un outil puissant lors des plaidoyers, de la génération de ressources et de l'attribution des changements à des interventions spécifiques et à des programmations (ou réorientations de programmes), le cas échéant. Tirées de l'expérience passée, les étapes suivantes vous aideront à optimiser l'utilisation:

- Produisez des données de qualité qui demandent un investissement sérieux pendant toute la période de collecte;
- Identifiez les différents utilisateurs finaux, présentez et conditionnez les données selon leurs besoins en vous concentrant sur un nombre minimal d'indicateurs à chaque niveau;
- Déterminez les mécanismes d'un système d'utilisation efficace des données, y compris l'information en retour grâce à la supervision à tous les niveaux, et assurez-vous que les données présentées à un certain niveau soient pertinentes et utilisables.
 - Assurez-vous de la propriété publique tout au long de la collecte des données; en d'autres mots, les capacités nationales de M&E doivent être renforcées pour garantir des données uniformes et de qualité dans un cadre durable;

- Veillez à créer un groupe de soutien M&E avec une forte présence du gouvernement, des agences de donateurs et des institutions universitaires pour conseiller le gouvernement pendant le développement et la mise en oeuvre des stratégies de M&E nationales. La crédibilité des données générées par le gouvernement s'en trouvera améliorée; et
- Allouez suffisamment de ressources au plan d'utilisation des données.

7. Comment éviter que les demandes des donateurs ne guident les investissements en informations sanitaires?

Pour éviter que les demandes des donateurs ne guident l'ensemble des investissements en matière d'informations de santé – avec le risque de recevoir des demandes différentes – il est recommandé de prendre les mesures suivantes:

- Etablir une plateforme sous direction nationale avec un fort engagement des donateurs;
- Plaider en faveur de la construction d'un système d'information de santé qui fournit des informations de qualité en temps voulu;
- Utiliser – dans la mesure du possible - des cadres de M&E convenus entre tous et des indicateurs standard. De tels cadres sont inclus dans les directives de M&E globales développées à travers un processus participatif qui associe des acteurs M&E des principales agences de donateurs;
- Si deux donateurs ou plus présentent des demandes différentes, reportez-vous aux directives globales pour réconcilier les différences.

8. Quelles sont les leçons tirées des systèmes de M&E éprouvés?

1. Tous les partenaires de la mise en oeuvre doivent collecter des données d'apport et de résultat complètes. Beaucoup d'eux devraient collecter également des données de processus. Beaucoup moins pourront évaluer les effets. Moins encore évalueront l'impact.
2. Un bon M&E exige à la fois une auto-évaluation interne et une vérification extérieure. Par conséquent, alors que les partenaires de la mise en oeuvre collectent et vérifient leurs propres données internes, une agence extérieure doit vérifier l'exhaustivité et la précision des données collectées par ces partenaires. Des visites de supervision devraient s'appuyer sur l'analyse de l'auto-évaluation interne et des données primaires vérifiées en externe.
3. Les systèmes de M&E doivent être aussi simples que possible. La plupart des programmes et projets collectent bien plus de données qu'ils n'en utilisent. Plus un système de M&E est complexe, plus il est probable qu'il échouera.
4. Les systèmes de M&E doivent inclure un noyau standardisé. Si chaque partenaire de la mise en oeuvre utilise des systèmes ou outils différents, les données ne peuvent

être analysées ou résumées efficacement. Le besoin d'un noyau standardisé n'empêche pas chaque partenaire de la mise en oeuvre de récolter des données M&E spécifiques supplémentaires.

5. Un entité spécialisée est indispensable pour collecter, vérifier, introduire et analyser des données M&E primaires de chaque partenaire. Sans une telle entité, il est peu probable que la collecte, la vérification et l'analyse des données soient jamais effectuées. Les ministères et autres agences publiques sont rarement équipés pour gérer une telle procédure. Des ressources accrues consacrées au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme devraient être utilisées pour renforcer une capacité locale au sein de ces entités nationales.
6. Le M&E doit être intégré à la conception d'un programme et doit être opérationnel lorsque la subvention arrive et non être ajouté par après. Il est beaucoup plus difficile et moins efficace de "réintégrer" le M&E après la mise à disposition de la subvention.
7. Les données sous-nationales sont importantes pour la collecte de données au niveau national car elles peuvent être cumulées à ce niveau. Toutefois, les données sous-nationales sont plus pertinentes pour les gestionnaires du programme lors de la prise de décision quotidienne.

Quel que soit le niveau de fiabilité d'un système de M&E, il échouera sans large "participation" des intervenants. Par conséquent, un processus participatif à grande échelle dans le développement et la mise en oeuvre de stratégies de M&E est essentiel pour conforter l'esprit national et l'engagement dès le départ.

ANNEXE A

Description des indicateurs de VIH/SIDA

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 1:

ENSEIGNEMENT DES JEUNES

Ecoles avec des maîtres formés pour l'enseignement du VIH/SIDA fondé sur l'expérience pratique

Pourcentage d'écoles avec des maîtres formés pour l'enseignement du VIH/SIDA fondé sur l'expérience pratique et qui l'ont enseigné au cours de la dernière année scolaire

JUSTIFICATION

Les écoles qui offrent une formation pratique participative et interactive sur les facteurs individuels, sociaux et environnementaux qui influencent les risques de transmission du VIH se sont avérées plus efficaces pour provoquer un changement de comportement - premiers rapports plus tardifs, utilisation de préservatifs, diminution du nombre de partenaires, etc. – que des approches plus formelles, centrées sur la fourniture d'informations. L'indicateur fournit des informations utiles sur les tendances en matière de couverture de l'enseignement du VIH/SIDA fondé sur l'expérience pratique dans les écoles.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre d'écoles avec du personnel formé qui donne régulièrement un enseignement du VIH/SIDA fondé sur l'expérience pratique

Dénominateur: Nombre d'écoles évaluées

Note: Analyse et rapport en pourcentages répartis par niveaux primaire / secondaire; nous recommandons une répartition public / privé / mixte

MESURE

Les directeurs/chefs d'établissement d'un échantillon national représentatif des écoles (comprenant des écoles publiques et privées) sont renseignés sur le sens de l'enseignement du VIH/SIDA fondé sur l'expérience pratique puis doivent répondre aux questions suivantes:

- 1) Votre école dispose-t-elle d'au moins un maître qualifié qui a été formé en enseignement participatif du VIH/SIDA fondé sur l'expérience pratique, au cours des 5 dernières années?
- 2) En cas de réponse affirmative à la question 1: Cette personne a-t-elle enseigné régulièrement le VIH/SIDA fondé sur l'expérience pratique à tous les niveaux de votre au cours de la dernière année scolaire?

Plate-forme: Evaluation de l'école ou du programme d'enseignement

Fréquence: Bisannuelle

REFERENCES

- UNAIDS (2002) Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators. Geneva: UNAIDS.
http://www.unaids.org/UNGASS/docs/JC718-CoreIndic_en.pdf

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 2:

DISTRIBUTION ET VENTE DE PRESERVATIFS

Préservatifs disponibles au détail

La proportion de magasins de vente au détail et points de distribution choisis au hasard qui disposent de stocks de préservatifs au moment d'une étude, par rapport au total de magasins de vente au détail et de points de distribution choisis pour l'étude.

OBJET

Cet indicateur traduit le succès des tentatives d'élargissement de la distribution de préservatifs, de manière qu'ils soient plus largement à disposition aux lieux et au moment où les personnes sont susceptibles d'en avoir besoin. Il mesure la distribution réelle de préservatifs à des points donnés, à un moment donné.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de magasins de vente au détail et de points de distribution qui ont des préservatifs en stock au moment de l'étude.

Dénominateur: Nombre total de magasins de vente au détail et de points de distribution qui ont été choisis pour l'étude

Note: Il convient de choisir des points dans des zones urbaines et rurales.

METHODE D'EVALUATION

Un certain nombre de sites de divers types (pharmacies, dispensaires, bars et clubs) sont choisis au hasard pour une étude de détail parmi une liste normale de lieux où des préservatifs sont accessibles, dont des bars et des cabarets, divers types de magasins de vente au détail, centres IST et autres points de distribution. Même si l'indicateur ne fournit qu'une donnée sommaire unique, les données peuvent être ventilées par type d'installation.

Outils: Etudes de détail (protocole PSI pour évaluer les programmes de marketing social, indicateur de prévention 3 OMS/GPA)

Fréquence: trimestrielle

REFERENCES

- Programmes SIDA nationaux ONUSIDA/MEASURE *Evaluation* (2000): Guide de suivi et d'évaluation. Genève: ONUSIDA.
<http://www.cpc.unc.edu/measure/guide/guide.html>

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 3:

PROGRAMMES DESTINES A DES GROUPES SPECIFIQUES **Usagers de drogues par injection atteints par les services de prévention**

Pourcentage d'usagers de drogues par injection qui sont atteints par les services de prévention du VIH/SIDA.

OBJET

La fourniture de services tels que l'assistance, les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et les traitements de la dépendance, y compris les thérapies de substitution, aux usagers de drogues par injection est essentielle, en particulier dans les pays subissant une épidémie de VIH importante ou croissante en relation avec la drogue. L'objectif de cet indicateur est d'évaluer dans quelle mesure des services de prévention du VIH/SIDA sont fournis aux usagers de drogues par injection.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre d'usagers de drogues par injection réguliers qui ont bénéficié au cours du mois passé de services de prévention (assistance sur le terrain) plus le nombre d'usagers de drogues par injection qui suivent un traitement contre la dépendance, qu'il s'agisse de sevrage à long terme ou de thérapie de substitution.

Dénominateur: Nombre total estimé d'usagers de drogues par injection

Note:: Une ventilation par sexe est recommandée

METHODE D'EVALUATION

N/a

Outils: Suivi du programme (Statistiques de service par les projets et programmes d'assistance et installations de traitement pour le numérateur)

Fréquence : Bisannuelle

REFERENCES

- ONUSIDA (2002) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base. Genève: ONUSIDA
http://www.unaids.org/UNGASS/docs/JC718-CoreIndic_en.pdf

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 4:

PROGRAMMES DESTINES A DES GROUPES SPECIFIQUES **Sociétés disposant de politiques et programmes concernant le VIH/SIDA** **sur le lieu de travail**

Pourcentage de grandes entreprises/sociétés qui ont mis en place des politiques et des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail

OBJET

Le lieu de travail est souvent un endroit très adéquat et favorable à des activités de lutte contre le VIH et les interventions centrées sur le lieu de travail se sont avérées efficaces. L'indicateur est utile même dans des pays où la prévalence de VIH est faible puisque les actions précoces de sensibilisation des travailleurs à la prévention du VIH est essentielle si l'on veut éviter les graves conséquences économiques et sociales du VIH/SIDA.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre d'employeurs dont les politiques et programmes en matière de VIH/SIDA satisfont à tous* les critères

Dénominateur: Nombre d'employeurs ayant fait l'objet de l'enquête

Note: Nous recommandons une analyse et rapport par secteurs privé, public et mixte.

METHODE D'EVALUATION

Les employeurs du secteur privé sont sélectionnés en fonction de l'importance de leurs effectifs. Les employeurs du secteur public doivent être les ministères des transports, du travail, du tourisme, de l'éducation et de la santé. Il est demandé aux employeurs d'indiquer s'ils appliquent actuellement des politiques et des procédures internes qui couvrent, au minimum, les aspects spécifiés (voir la référence pour plus de détails). Il conviendrait d'obtenir, lorsque cela est possible, des copies écrites des politiques et réglementations en matière de personnel.

Outils: Etude portant sur les 30 plus gros employeurs – 25 du secteur privé et 5 du secteur public

Fréquence: Bisannuelle

REFERENCES

- ONUSIDA (2002) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base. Genève: ONUSIDA.
http://www.unaids.org/UNGASS/docs/JC718-CoreIndic_en.pdf

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 5:

CONSEIL ET TEST VOLONTAIRES

Couverture des services de conseil et test

Pourcentage des districts comprenant au moins un centre offrant gratuitement ou à des prix abordables un dépistage de l'infection à VIH et une assistance spécialisée fournis par des conseillers formés dans ce but.

OBJET

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

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de districts comprenant au moins un centre offrant gratuitement ou à des prix abordables un test de l'infection à VIH et une assistance spécialisée fournis par des conseillers formés dans ce but

Dénominateur: Nombre total de districts

Note: Une analyse et rapport par district est recommandée

METHODE D'EVALUATION

Une liste de tous les services de santé offrant un dépistage du VIH et un conseil par du personnel formé à cet effet est établie d'après des informateurs-clés et les rapports des systèmes de santé sur la formation de conseiller. Le coût étant un frein à l'accessibilité, il devra être pris en considération dans l'élaboration de cet indicateur. Formule suggérée: le prix du conseil et test volontaires du VIH ne devrait pas dépasser la moitié du revenu minimum journalier, ou la moitié du PNB par personne et par jour, indexé sur le pouvoir d'achat. La notion de prix "bas" ou "abordable" pouvant varier d'un district à l'autre, les indices doivent être adaptés. Un autre critère est que le personnel fournissant le conseil satisfasse aux exigences minimales en matière de formation de conseiller dans le pays donné. Les centres répondant aux critères de disponibilité des services, de formation du personnel et de coût sont répertoriés par district ou unité administrative équivalente.

Outils: statistiques des systèmes de santé

Fréquence: trimestrielle

REFERENCES

- Programmes SIDA nationaux ONUSIDA/MEASURE *Evaluation* (2000): Guide de suivi et d'évaluation. Genève: ONUSIDA.
<http://www.cpc.unc.edu/measure/guide/guide.html>
- Programmes de SIDA nationaux ONUSIDA (2004). Guide de suivi et d'évaluation des soins et du soutien VIH/SIDA. Genève : ONUSIDA (en préparation).

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 6:

CONSEIL ET TEST VOLONTAIRES

Population demandant un test, le recevant et en obtenant les résultats

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

OBJET

Cet indicateur a pour but de donner une idée sur l'accessibilité des services de test VIH par la population générale, et le pourcentage de personnes qui connaissent leur situation sérologique VIH.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: nombre de répondants ayant, à une période ou une autre, demandé le test et en ayant reçu les résultats

Dénominateur: nombre total de répondants dans l'enquête

Note: Une analyse et rapport par composante et par sexe est recommandée. Il est suggéré que des données soient également collectées pour les personnes demandant un test VIH, l'obtenant et recevant les résultats *au cours des 12 derniers mois*.

METHODE D'EVALUATION

Au cours d'une enquête auprès de la population générale, ou parmi un groupe particulier de la population, on demande aux répondants s'ils ont déjà demandé un test VIH, s'ils ont obtenu ce test et s'ils ont reçu les résultats. Il sera en outre utile de connaître le pourcentage de la population suivie qui a obtenu le test et qui en a reçu les résultats *au cours des 12 derniers mois*, mesure plus limitée dans le temps.

Outils: enquête auprès de la population générale d'ONUSIDA; module SIDA des EDS; ESC adultes de FHI; ESC jeunes

Fréquence: tous les 2-3 ans

REFERENCES

- Programmes de SIDA nationaux ONUSIDA/MEASURE *Evaluation* (2000): Guide de suivi et d'évaluation. Genève: ONUSIDA.
<http://www.cpc.unc.edu/measure/guide/guide.html>
- Programmes de SIDA nationaux ONUSIDA (2004). Guide de suivi et d'évaluation des soins et du soutien VIH/SIDA. Genève : ONUSIDA (en préparation).

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 7:

TRANSMISSION MERE-ENFANT **Services comportant une série minimum de prestations**

Pourcentage de consultations dans les structures du secteur public, les missions ou sur le lieu de travail (planning familial et dispensaires, CP/SMI, maternités) proposant une série minimum de prestations de prévention de l'infection VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants au cours des 12 derniers mois.

OBJET

Cet indicateur fournit une information critique sur les efforts de prévention et de soins pour les femmes et les nourrissons au niveau national. Il est utile de prévoir des planificateurs afin de déterminer où des prestations sont nécessaires et où les services déploient un éventail complet de mesures de prévention de l'infection VIH chez les femmes et les nourrissons.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de consultations dans les structures du secteur public, des missions ou du lieu de travail (planning familial et dispensaires, CP/SMI, maternités) proposant une série minimum de prestations de prévention de l'infection VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur: Total des consultations dans les structures du secteur public, des missions ou du lieu de travail (planning familial et dispensaires, CP/SMI, maternités)

Note: Une analyse et rapport par type de service est recommandée

METHODE D'EVALUATION

Les informations requises pour cet indicateur peuvent être collectées via différentes méthodes et dépendent de la disponibilité des ressources comme de la quantité de détails recherchés. Il est concentré sur la série minimum de prestations qui est définie par le type d'environnement médical (voir référence ci-dessous). Une option consiste à envoyer un questionnaire à toutes les structures du secteur public, des missions ou du lieu de travail (planning familial et dispensaires, CP/SMI, maternités). Il est également possible de rassembler des informations adéquates en adaptant d'autres instruments déjà existants.

Outils: enquêtes sur les services sanitaires

Fréquence: 2-3 ans

REFERENCES

- Guide de suivi et d'évaluation des programmes nationaux pour la prévention VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants, OMS (2004). Genève: OMS (en préparation).

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 8:

TRANSMISSION MERE-ENFANT

Prophylaxie ARV

Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME selon le protocole de traitement approuvé au niveau national (ou les normes OMS/ONUSIDA) au cours des 12 derniers mois.

OBJET

Cet indicateur révèle les progrès accomplis dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH par des mesures de prophylaxie ARV.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de femmes enceintes séropositives recevant un traitement antirétroviral complet pour réduire les risques de TME conformément au protocole de traitement approuvé à l'échelle nationale (ou répondant aux normes OMS/ONUSIDA) au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur: Nombre estimé de femmes enceintes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois.

Note: Une ventilation par type de service est recommandée

METHODE D'EVALUATION

Le nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu un traitement de prévention antirétrovirale afin de réduire le risque de TME au cours des 12 derniers mois est obtenu à partir des statistiques de suivi des programmes. Seules les femmes qui sont allées jusqu'au bout de leur traitement doivent être prises en compte. Le nombre de femmes enceintes séropositives à qui un traitement antirétroviral pour réduire le risque de TME *aurait éventuellement pu être donné* peut être estimé en multipliant le nombre total de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (estimations des naissances du bureau central des statistiques) par l'estimation nationale la plus récente de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes (estimations des enquêtes de surveillance sentinelle du VIH dans les dispensaires prénatals).

Outils: Suivi des programmes

Estimations des naissances du bureau central des statistiques

Fréquence: 2-3 ans

REFERENCES

ONUSIDA (2002) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base. Genève: ONUSIDA.

http://www.unaids.org/UNGASS/docs/JC718-CoreIndic_en.pdf

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 9:

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Prise en charge complète des cas d'IST

Pourcentage de patients atteints d'IST fréquentant des centres de soins sélectionnés qui ont été correctement diagnostiqués, traités et conseillés.

JUSTIFICATION

L'existence et le recours à des services pour traiter et endiguer la propagation des IST peut réduire le taux de transmission du VIH au sein d'une population. L'un des fondements du contrôle des IST est une gestion des cas intégrale des patients présentant les symptômes d'IST. Cet indicateur composite reflète le taux de réussite des prestataires de services sanitaires à fournir correctement ces services ainsi que la qualité des services fournis.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de patients atteints d'IST pour lesquels les procédures correctes ont été suivies concernant: (i) le recueil des antécédents; (ii) l'examen; (iii) le diagnostic et le traitement; et (iv) un conseil efficace sur l'information au partenaire, l'utilisation de préservatifs et le test VIH

Dénominateur: Nombre de patients atteints d'IST pour lesquels des interactions prestataire-client ont été observées

Note: Distinction des scores pour les hommes et pour les femmes, et pour les patients âgés de moins et de plus de 20 ans

Les résultats de chacune des composantes de l'indicateur (recueil des antécédents, examen, diagnostic et traitement, et conseil) doivent être indiqués en plus du score global de l'indicateur.

METHODE D'EVALUATION

Les données sont collectées lors d'observations et d'entretiens avec les prestataires dans un échantillon de centres de soins proposant des services de traitement des IST. Les prestataires sont évalués sur le recueil des antécédents du patient, l'examen, le diagnostic et le traitement approprié ainsi qu'un conseil efficace comprenant l'information au partenaire, l'utilisation de préservatifs et le test VIH. On considère comme "appropriés" un diagnostic et des procédures de conseil tels que spécifiés dans les directives des services nationaux de lutte contre les IST.

Outils: Enquête des services sanitaires – basée sur les directives révisées de l'OMS/ONUSIDA relatives à l'évaluation des services IST et/ou Evaluation des prestations de Services MEASURE (EPS)

Fréquence: bisannuelle

REFERENCES

- ONUSIDA (2002) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base. Genève: ONUSIDA.
http://www.unaids.org/UNGASS/docs/JC718-CoreIndic_en.pdf

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 10:

SECURITE TRANSFUSIONNELLE ET SANGUINE Couverture des services de transfusion sanguine

Pourcentage de districts ou de régions ayant accès à des services de transfusion sanguine qui ne paient pas les donneurs de sang et ne recrutent pas les donneurs dans la parenté des patients.

OBJET

De nombreux pays oeuvrant pour l'amélioration de la sécurité transfusionnelle et sanguine ont créé des services de transfusion incluant des banques du sang au niveau des régions ou des districts. Ils tentent de promouvoir le recrutement de donneurs volontaires et de réduire ou éliminer la dépendance par rapport aux dons de la famille et des donneurs rémunérés. Cet indicateur évalue dans quelle mesure ces principes ont été mis en oeuvre au niveau imposé par la politique nationale.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de districts ou de régions ayant accès à des services de transfusion sanguine qui ne paient pas les donneurs de sang et ne recrutent pas les donneurs dans la parenté des patients

Dénominateur: Nombre total de districts ou de régions

METHODE D'EVALUATION

Un district ou une région est considéré comme ayant obtenu un bon score par rapport à cet indicateur si au moins 95% du sang transfusé a été fourni par un service de transfusion régional ou local qui dépiste les donneurs aux comportements à risques et exclut les dons issus de la parenté et de donneurs rémunérés.

Outils: MEASURE Evaluation Draft Blood Safety Protocol

Fréquence: trimestrielle

REFERENCES

- Programmes de SIDA nationaux ONUSIDA/MEASURE *Evaluation* (2000):
Guide de suivi et d'évaluation. Genève: ONUSIDA.
<http://www.cpc.unc.edu/measure/guide/guide.html>

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 11:

SECURITE TRANSFUSIONNELLE ET SANGUINE

Dépistage d'unités de sang pour la transfusion

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

OBJET

Les programmes de sécurité transfusionnelle viennent à assurer le dépistage du VIH de la grande majorité des unités de sang (idéalement 100%), ainsi qu'à garantir que les unités de sang faisant partie de la réserve nationale ne sont pas contaminées. Cet indicateur donne une idée du pourcentage global d'unités de sang ayant été testées selon des normes suffisamment strictes pour qu'elles puissent être considérées comme non infectées par le VIH.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre d'unités de sang transfusées au cours des 12 derniers mois ayant fait l'objet d'un test VIH conforme à des directives nationales ou de l'OMS.

Dénominateur: Nombre total d'unités de sang transfusées au cours des 12 derniers mois

Note: Une ventilation par composante de l'indicateur est recommandée

METHODE D'EVALUATION

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

Outils: MEASURE Evaluation Draft Blood Safety Protocol

Fréquence: tous les 2-3 ans

REFERENCES

- ONUSIDA/MEASURE (2000) Programmes de SIDA nationaux: Guide de suivi et d'évaluation. Genève: ONUSIDA.

<http://www.cpc.unc.edu/measure/guide/guide.html>

INDICATEUR DE TRAITEMENT (IT) 1:

TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

Personnes traitées

Pourcentage de personnes ayant une infection à VIH avancée qui reçoivent une thérapie basée sur une association d'antirétroviraux

OBJET

A mesure que la pandémie de VIH arrive à maturité, un nombre croissant de personnes atteint des stades avancés de l'infection. Les traitements basés sur une association d'antirétroviraux ont permis de réduire la mortalité parmi les personnes infectées et des efforts sont faits pour qu'ils soient plus abordables d'un point de vue économique, même dans les pays les moins développés. Le traitement basé sur une association d'antirétroviraux doit être fourni conjointement avec des services plus larges de soins et d'appui, y compris de conseil pour ceux qui fournissent des soins aux familles et les prennent en charge.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de personnes ayant une infection à VIH avancée qui reçoivent une thérapie basée sur une association d'antirétroviraux conformément au protocole de traitement approuvé au niveau national (ou aux normes OMS/ONUSIDA)

Dénominateur: Nombre de personnes ayant une infection à VIH avancée

Note: Il convient de distinguer les scores entre services du secteur public/secteur privé

METHODE D'EVALUATION

Le numérateur de cet indicateur comprend le nombre de personnes recevant un traitement en début d'année plus le nombre de personnes qui ont commencé un traitement au cours des 12 derniers mois, moins le nombre de personnes dont le traitement s'est achevé au cours des 12 derniers mois (y compris les personnes décédées). Le nombre de personnes ayant une infection à VIH avancée est supposé être égal à 15% du nombre total des personnes actuellement infectées (pour les besoins de cet indicateur). Ce dernier chiffre est estimé à partir des données des études nationales de surveillance sentinelle les plus récentes. Les dates de début et de fin de la période pendant laquelle une association d'antirétroviraux est donnée doivent être indiquées. Il convient, autant que possible, d'éviter les chevauchements entre les périodes.

Outils: monitoring de programme

Fréquence: bisannuelle

REFERENCES

- ONUSIDA (2002) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base. Genève: ONUSIDA.
http://www.unaids.org/UNGASS/docs/JC718-CoreIndic_en.pdf

INDICATEUR DE TRAITEMENT (IT) 2:

TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

Centres de santé qui sont en mesure de fournir des soins médicaux avancés ainsi que des services de soutien psychosocial aux personnes atteintes du VIH/SIDA

Pourcentage d'établissements en mesure de fournir des soins avancés pour l'infection à VIH ainsi que des services de soutien, y compris la fourniture de traitements ARV

OBJET

Cet indicateur mesure la compétence des services fournis aux personnes atteintes du VIH/SIDA. On admet que les systèmes et unités mesurés dans cet indicateur nécessitent un apport substantiel et une formation du personnel allant au-delà de la formation usuelle dans la plupart des systèmes sanitaires.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur:

1. Nombre de centres possédant *un certain nombre* de composantes formant une liste de services avancés (voir liste de services ci-après)
2. Nombre de centres possédant *toutes* les composantes pour tous les services

Dénominateur:

1. Nombre total d'établissements de soins examinés
2. Nombre total d'établissements dans lesquels les services identifiés sont proposés ou appropriés

Note: Les composantes propres à chaque service doivent être présentées individuellement

METHODE D'EVALUATION

L'aptitude à fournir des soins VIH/SIDA avancés d'un niveau élevé suppose: des systèmes et mesures visant à soutenir la gestion des infections opportunistes et la fourniture de soins palliatifs aux patients infectés par le VIH/SIDA ; des systèmes et mesures visant à promouvoir des services de soins avancés VIH/SIDA ; des systèmes et mesures visant à soutenir les services de traitements ARV; des conditions de fourniture de soins avancés pour les malades hospitalisés infectés par le VIH/SIDA; des conditions pour encourager les services de soins à domicile ainsi que la prophylaxie post-exposition.

Outils: enquêtes des services sanitaires

Fréquence: tous les 2-4 ans

REFERENCES

- Programmes SIDA nationaux ONUSIDA (2004). Guide de suivi et d'évaluation des soins et du soutien VIH/SIDA. Genève : ONUSIDA (en préparation).

INDICATEUR DE TRAITEMENT (IT) 3:

INFECTIONS OPPORTUNISTES

Centres de santé en mesure de fournir une prophylaxie et un traitement des infections opportunistes (IO)

Pourcentage d'établissements de soins disposant des capacités et des conditions pour fournir un dépistage VIH de base ainsi qu'une prise en charge clinique du VIH/SIDA

OBJET

De nombreux établissements fournissant des soins généraux proposent également des services liés au VIH/SIDA et prennent en charge les patients infectés au VIH. Il est donc essentiel d'évaluer l'état des capacités existantes.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur:

3. Nombre de centres possédant *un certain nombre* de composantes formant une liste de services de base (voir liste de services ci-après)
4. Nombre de centres possédant *toutes* les composantes pour tous les services

Dénominateur:

3. Nombre total d'établissements de soins faisant l'objet de l'enquête
4. Nombre total d'établissements dans lesquels les services identifiés sont proposés ou appropriés

Note: Les composantes propres à chaque service doivent être présentées individuellement

METHODE D'EVALUATION

L'aptitude à fournir un conseil VIH de base ainsi que des services médicaux suppose: un système de test VIH/SIDA et de communication des résultats; des infrastructures et un personnel qualifié pour le conseil pré- et post-test; des services médicaux spécifiques liés au VIH/SIDA comprenant les ressources nécessaires à la fourniture de ces services; des éléments de prévention des infections nosocomiales; un personnel formé et les ressources nécessaires à la réalisation d'interventions de base pour la prévention et le traitement médical des personnes infectées au VIH.

Outils: enquêtes des services sanitaires

Fréquence: tous les 2-4 ans

REFERENCES

- Programmes SIDA nationaux ONUSIDA (2004). Guide de suivi et d'évaluation des soins et du soutien VIH/SIDA. Genève : ONUSIDA (en préparation).

INDICATEUR DE TRAITEMENT (IT) 4:

VIH/TB

Détection active des cas de TB parmi les personnes atteintes du VIH/SIDA

Proportion de patients bénéficiant d'un test et d'un conseil sur le VIH, dont le test était positif et qui sont dépistés à la recherche de symptômes de TB.

OBJET

L'identification des personnes soupçonnées d'être infectées par la TB est la première étape dans la détection active de cas. Leur rapide orientation permet un diagnostic précoce et le traitement des cas de TB. En outre, le dépistage des symptômes de la TB aidera à déterminer l'admissibilité au traitement préventif de la TB. Cet indicateur peut être utilisé pour évaluer la détection de cas de TB dans toutes les situations où un conseil et un dépistage VIH ont été menés ou aux endroits où les personnes atteintes reçoivent des soins et un soutien réguliers, y compris les dispensaires de soins VIH, les services médicaux aux malades hospitalisés, les sites de CTV et de PTME.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: nombre de patients séropositifs interrogés sur la TB ou ses symptômes

Dénominateur: nombre total de patients séropositifs examinés dans toutes les situations où des soins VIH et un soutien connexe sont fournis ou des services de conseil et de dépistage proposés

Dans les programmes où seuls les patients séropositifs sont dépistés:

Numérateur: nombre de patients séropositifs interrogés sur la TB ou ses symptômes

Dénominateur: nombre total de patients séropositifs

METHODE D'EVALUATION

Les données doivent être recueillies systématiquement dans tous les centres de dépistage et de conseil VIH (y compris ceux associés à la PTME et dans le secteur privé) et dans tous les cas où des soins VIH et un soutien sont apportés. Méthode suggérée pour procéder au dépistage: demander aux patients s'ils sont actuellement en traitement pour la TB. Si ce n'est pas le cas, il convient alors de les interroger sur certains symptômes clés de la TB. A cette occasion, tous les patients peuvent être inclus dans la détection intensive des cas. En fonction des exigences régionales, le nombre de patients atteints de TB ou soupçonnés de l'être peut être collecté du même dépistage. Une telle détection pourrait également constituer une base pour identifier des patients séropositifs qui n'ont pas de signes d'infection TB active et qui pourraient bénéficier du traitement préventif de la TB à l'isoniazide.

Outils: rapport révisé de dépistage et de conseil

Fréquence: recueil continu de données; reporting trimestriel

REFERENCES

- OMS "A Guide to Monitoring and Evaluation for Collaborative TB/HIV Activities", en préparation
- "Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities". WHO/HTM/HIV/2004.1 and WHO/HTM/TB/2004.330

INDICATEUR DE TRAITEMENT (IT) 5:

VIH/TB

Conseil et test volontaires pour les patients atteints de la TB

Proportion de tous les patients atteints de TB qui pratiquent un test VIH et en reçoivent les résultats

OBJET

Cet indicateur évalue dans quelle mesure le personnel impliqué dans la TB reconnaît l'importance du dépistage et du conseil VIH/SIDA et est capable d'agir en conséquence. La proportion de patients testés pour la TB donne également une indication de l'existence, de l'accessibilité et du coût des services CTV et fournit les informations nécessaires au ciblage des ressources, à la programmation des activités et au suivi de l'efficacité des services de conseil et de test à long terme.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: nombre total de patients atteints de TB qui ont pratiqué un test VIH (après proposition de services de CTV) et en ont reçu les résultats, sur une période donnée

Dénominateur: nombre total de patients atteints de la tuberculose répertoriés sur la même période

METHODE D'EVALUATION

Les informations sont recueillies au niveau des centres; chacun d'entre eux peut avoir un système d'enregistrement spécifique indiquant si le patient a été orienté vers des services de conseil et de test, en tenant compte du principe de confidentialité. Les informations sur le test VIH, y compris le statut VIH doivent être enregistrées dans les dossiers du coordinateur TB du district. Le rapport des informations sera ensuite incorporé dans les systèmes de reporting existants concernant la TB.

Outils: dossiers du district sur la TB, rapports trimestriels, laboratoires VIH

Fréquence: recueil continu de données; reporting trimestriel

REFERENCES

- OMS "A Guide to Monitoring and Evaluation for Collaborative TB/HIV Activities", en préparation
- "Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities. WHO/HTM/HIV/2004.1 and WHO/HTM/TB/2004.330

INDICATEUR DE TRAITEMENT (IT) 6:

VIH/TB

Pratique du traitement préventif au cotrimoxazole

Pourcentage de patients séropositifs recevant un traitement préventif au cotrimoxazole.

Les infections opportunistes courantes liées au VIH contribuent à accroître les taux de mortalité observés chez les patients séropositifs atteints de TB. Quelques études en provenance d'Afrique sub-saharienne ont révélé l'efficacité du traitement préventif au cotrimoxazole (TPC) dans la réduction de la morbidité et de la mortalité chez les patients séropositifs traités contre la tuberculose. C'est la raison pour laquelle le TPC est recommandé pour les adultes et les enfants séropositifs vivant en Afrique, et pourrait être envisagé dans d'autres structures. L'indicateur évalue dans quelle mesure le TPC est considéré comme une composante de la série de soins proposés aux patients séropositifs atteints de TB.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: patients séropositifs atteints de TB qui suivent un TPC

Dénominateur: tous les patients séropositifs atteints de TB qui ont reçu un conseil post-test

METHODE D'EVALUATION

Il convient d'utiliser un registre TB modifié lorsque des patients séropositifs atteints de TB reçoivent un TPC par l'intermédiaire d'un programme de lutte contre la TB. Il est possible d'ajouter une colonne qui peut être cochée en cas de TPC. Ces résultats devraient être rapportés à la fin du traitement TB afin d'inclure toutes les personnes qui ont entamé un TPC en cours de traitement. Lorsque le TPC est fourni par l'intermédiaire d'un programme de traitement VIH, il convient d'établir un système d'orientation afin de fournir ces résultats au PNT à la fin du traitement TB pour chaque personne. Dans ce cas, un registre TB modifié (tel que décrit ci-dessus) peut toujours être utilisé pour recueillir ces informations une fois qu'elles ont été communiquées par le programme de traitement VIH.

Outils: registre TB modifié, système d'orientation au programme TB si données collectées par le NACP

Fréquence: recueil de données continu; reporting trimestriel à la fin du traitement TB, en même temps que les résultats de ce dernier

REFERENCES

- Provisional WHO/UNAIDS Secretariat recommendations on the use of cotrimoxazole prophylaxis in adults and children living with HIV/AIDS in Africa (www.unaids.org/publications/documents/care/general/recommendations-eng.pdf)
- WHO "A Guide to Monitoring and Evaluation for Collaborative TB/HIV Activities", in preparation
- "Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities. WHO/HTM/HIV/2004.1 and WHO/HTM/TB/2004.330

INDICATEUR DE TRAITEMENT (IT) 7:

VIH/TB

Accès aux thérapies antirétrovirales

Proportion de patients séropositifs atteints de TB qui reçoivent des ARV.

OBJET

Il ressort des expériences menées dans les pays à revenu élevé ou moyen que les ARV amélioreraient considérablement la qualité de vie et la survie des personnes présentant une infection avancée au VIH/SIDA. Etant donné que les patients atteints de TB sont l'un des principaux groupes identifiables susceptibles de bénéficier des ARV, il convient de déployer des efforts en vue d'identifier et de traiter les candidats potentiels. L'indicateur évalue dans quelle mesure les ARV sont considérés comme une composante de la série de soins proposés aux patients séropositifs atteints de TB.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: patients séropositifs répertoriés atteints de TB qui reçoivent des ARV

Dénominateur: patients séropositifs répertoriés atteints de TB qui ont reçu un conseil post-test

METHODE D'EVALUATION

Dans les programmes où les ARV sont proposées via le programme TB, un registre TB modifié peut être utilisé en ajoutant une colonne supplémentaire qui peut être cochée lorsqu'un patient TB séropositif bénéficie d'ARV au cours du traitement TB. Ces résultats devraient être rapportés à la fin du traitement TB afin d'inclure toutes les personnes qui ont entamé une thérapie ARV en cours de traitement. Lorsque les ARV sont fournis par l'intermédiaire d'un programme de traitement VIH, il convient d'établir un système d'orientation afin de fournir ces résultats au PNT à la fin du traitement TB pour chaque personne. Dans ce cas, un registre TB modifié peut toujours être utilisé pour recueillir ces informations une fois qu'elles ont été communiquées par le programme de traitement VIH.

Outils: registre TB modifié avec système d'orientation (si nécessaire)

Fréquence: recueil de données continu; reporting trimestriel à la fin du traitement TB, en même temps que les résultats de ce dernier

REFERENCES

- WHO "A Guide to Monitoring and Evaluation for Collaborative TB/HIV Activities", in preparation
- "Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities. WHO/HTM/HIV/2004.1 and WHO/HTM/TB/2004.330

SOINS ET SOUTIEN (SS) 1:

ORPHELINS ET ENFANTS VULNERABLES

Soutien externe pour les foyers comptant des orphelins et des enfants vulnérables

Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables dont les foyers ont reçu gratuitement un soutien externe de base pour s'occuper de l'enfant.

OBJET

Cet indicateur mesure le soutien venant d'une source autre que la famille, les amis ou les voisins (sauf s'ils travaillent pour un groupement ou une organisation à vocation communautaire) fourni gratuitement aux foyers comptant des orphelins et des enfants vulnérables.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables résidant dans des foyers qui ont bénéficié:

- d'un soutien médical au cours des 12 derniers mois;
- d'un soutien psychologique au cours des 3 derniers mois;
- d'une assistance scolaire au cours des 12 derniers mois;
- d'autres appuis sociaux, y compris matériels, au cours des 3 derniers mois;
- des quatre types de soutien

Dénominateur: nombre total d'orphelins et enfants vulnérables

Note: les données doivent être analysées et rapportées par tranches d'âge (0–5, 6–9, 10–14 et 15–17 ans) et par sexe lorsque la taille de l'échantillon le permet. En fonction de la situation épidémiologique et des ressources disponibles, les directeurs de programme peuvent décider de ventiler les données relatives aux âges par tranches plus larges (0–9, 10–14 et 15–17 ans).

METHODE D'EVALUATION

En tant que partie intégrante des enquêtes sur les ménages, les fichiers sur les foyers peuvent être utilisés pour identifier tous les orphelins et enfants vulnérables (de moins de 18 ans). Une série de questions sur les types et la fréquence des appuis reçus et la source principale d'aide est posée à chaque foyer comptant des orphelins et des enfants vulnérables. Cet instrument de sondage peut également être utilisé dans des conditions de faible prévalence ou pour des populations ciblées avec les mêmes méthodes, en les adaptant.

Outils: enquêtes sur les ménages

Fréquence: tous les 2-4 ans

REFERENCES

- UNAIDS (2004) National AIDS programmes. A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support. Geneva: UNAIDS (en préparation)

ANNEXE B

Description des indicateurs de TB

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 1:

IDENTIFICATION DES CAS D'INFECTION

Nouveaux cas de détection TB à frottis positif

Proportion des nouveaux cas de TB à frottis positif détectés parmi la totalité estimée des nouveaux cas de TB à frottis positif par an.

OBJET

Cet indicateur mesure l'aptitude du programme DOTS à détecter et identifier les cas à frottis positif. Si un pays présente une faible détection des cas, il doit trouver des approches alternatives pour détecter les nouveaux cas au-delà des méthodes traditionnelles. Ce pays pourrait, par exemple, tenter de mettre en place un DOTS dans le secteur privé et auprès des ONG ainsi que dans d'autres domaines où les cas pourraient se présenter. Il est possible que le taux de détection dépasse 100% en raison d'une détection active des cas dans un secteur répertorié comme présentant des cas chroniques, de l'over-reporting, de la sur-diagnostication et de la sous-estimation de l'incidence. Un taux de détection de 70% ou plus est l'objectif général.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: nombre annuel de nouveaux cas de TB à frottis positif détectés

Dénominateur: nombre annuel total de nouveaux cas de TB à frottis positif (incidence)

METHODE D'EVALUATION

Le numérateur est disponible dans le Registre TB ou dans les rapports trimestriels de détection de cas. Le dénominateur repose sur des estimations de calculs de l'OMS à partir de la notification de cas pour chaque pays et adapté pour les pays à forte incidence VIH. Ces estimations sont communiquées tous les ans par l'OMS dans le rapport mondial sur le contrôle de la tuberculose ("Global Tuberculosis Control").

Outils: Registre TB; estimations de l'OMS sur l'incidence pour les pays

Fréquence: annuelle

REFERENCES

WHO. Compendium for monitoring TB control activities (*en préparation*)

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 2:

LA PREVENTION PAR LE TRAITEMENT DES CAS D'INFECTION **Taux de transformation du frottis au bout de 2 mois de traitement**

Pourcentage de nouveaux cas de TB à frottis positif répertoriés au cours d'une période donnée qui ont viré au négatif au bout de 2 mois de traitement.

OBJET

La transformation du frottis d'expectorations au bout de 2 mois de traitement est un bon signe de guérison éventuelle si le traitement est terminé. Cet indicateur présente également des implications en matière de traitement étant donné que, dans quelques pays, les patients dont les expectorations ne se sont pas transformées au bout de 2 mois de traitement doivent prolonger la phase intensive de la thérapie. Cet indicateur est utile dans le suivi des tendances au sein d'un pays ou d'une région ainsi que pour la comparaison entre les centres.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de nouveaux cas de TB à frottis positif répertoriés au cours d'une période donnée qui ont viré au négatif au bout de 2 mois de traitement

Dénominateur: Nombre total de nouveaux cas de TB à frottis positif dont la transformation a été testée durant la même période

METHODE D'EVALUATION

Le numérateur est le nombre de nouveaux cas de TB à frottis positifs répertoriés sur une période donnée (trimestre ou année) qui ont eu au moins un résultat de conversion négative au bout de 2 mois de traitement (phase intensive). Ce chiffre peut être obtenu à partir du registre TB. De la même manière, le dénominateur est le nombre total de nouveaux cas de TB à frottis positifs répertoriés pour le traitement sur la même période et peut également être obtenu dans le registre TB.

Outils: Registre TB

Fréquence: trimestrielle et annuelle

REFERENCES

WHO. Compendium for monitoring TB control activities (*en préparation*)

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 3:

PREVENTION DE LA TB PARMIS LES PERSONNES CO-INFECTEES TB/VIH

Administration du traitement préventif à l'isoniazide

Proportion de clients infectés au VIH ayant reçus le traitement TB préventif.

OBJET

Le risque de développer la TB est significativement accru chez les personnes atteintes du VIH/SIDA. La thérapie préventive de la TB vise à réduire l'incidence de TB active auprès des personnes atteintes du SIDA. Cet indicateur fournit des informations sur l'un des principaux objectifs des activités conjointes TB/VIH.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: nombre de patients qui ont reçu au moins leur première dose de traitement préventif de la TB

Dénominateur: nombre total de patients séropositifs candidats à la thérapie préventive de la TB

METHODE D'EVALUATION

Les données nécessaires à cet indicateur seront recueillies auprès de tous les sites de test et de conseil VIH (y compris ceux associés à la PTME) ou dans des services de soins VIH, en fonction de l'endroit où la thérapie préventive de la TB doit être administrée. Dans ces différentes situations, les patients seront dépistés pour la TB. Ceux qui ne seront PAS infectés bénéficieront d'un traitement TB préventif selon des directives établies au niveau régional.

Dans les programmes nécessitant des données plus complètes en vue d'une prévision exacte de l'usage et de l'approvisionnement des médicaments, un système de reporting semblable à celui qui est utilisé pour la TB sera appliqué. Le personnel devra enregistrer (tous les mois en général) les besoins en approvisionnement en médicaments et notifier les nouveaux cas, les cas en cours et les cas terminés sur une base trimestrielle. L'indicateur retenu serait la proportion de patients séropositifs ayant terminé la thérapie TB préventive.

Outils: registre des traitement de prévention contre la TB

Fréquence: recueil continu des données; reporting trimestriel

REFERENCES

WHO. A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (*en préparation*)

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 4:

TB/VIH

Surveillance de la séroprévalence VIH parmi les patients atteints de la TB

Pourcentage de tous les patients tuberculeux séropositifs.

OBJET

L'évaluation de la prévalence VIH parmi les patients tuberculeux permettra de connaître le degré de chevauchement des épidémies dans des situations données ainsi que la part du VIH dans l'épidémie de TB dans une situation donnée. L'estimation de la prévalence VIH parmi les patients TB est une étape importante dans la planification des activités de contrôle, de programmation et de ciblage des activités conjointes TB-VIH et dans le suivi de l'efficacité de ces activités à terme.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: nombre total de tous les patients tuberculeux infectés au VIH recensés sur une période donnée

Dénominateur: nombre total de tous les patients tuberculeux recensés sur la même période

METHODE D'EVALUATION

Idéalement, tous les patients tuberculeux recensés récemment devraient être pris en compte dans la surveillance VIH. Cependant, si les méthodes par enquêtes ou par surveillance sentinelle sont utilisées et que les ressources sont limitées, les pays peuvent choisir de se concentrer uniquement sur les patients adultes dont le frottis est positif. Les pays disposant de peu de moyens et où le stade épidémique VIH est soit faible, soit concentré, pourront également choisir de n'inclure que les patients entre 15 et 59 ans. Les taux de rechute doivent être exclus des systèmes de surveillance en raison du risque d'évaluer deux fois le même patient, à moins que la rechute soit identifiée comme telle et que les résultats soient analysés séparément. Toutefois, les cas de rechute pourraient être inclus sans être identifiés comme tels si la surveillance était fondée sur des enquêtes menées sur une période limitée, idéalement moins de 2-3 mois. Les enquêtes périodiques ont un rôle spécifique dans lequel la prévalence VIH chez les patients tuberculeux n'a pas encore été estimée. Les enquêtes utilisant la méthode d'échantillonnage représentatif et des échantillons de taille appropriée peuvent fournir des estimations précises du fardeau VIH pesant sur la situation en matière de tuberculose et constituent une part essentielle de l'évaluation initiale de la situation. Cette information est susceptible d'alerter les programmes de lutte contre la tuberculose sur un problème potentiel lié au VIH et de leur permettre de prendre des mesures qui pourraient inclure la mise en place d'une surveillance plus systématique.

Outils: enquêtes spéciales ou surveillance sentinelle

Fréquence: En l'absence de système de recensement et de reporting dans lequel les données doivent être recueillies continuellement et rapportées tous les trimestres, les données devraient être collectées tous les 2-3 ans.

REFERENCES

- WHO. Revised guidelines for the surveillance of HIV among people with tuberculosis (*en préparation*)

INDICATEUR DE TRAITEMENT (IT) 1:

DETECTION ET TRAITEMENT OPPORTUNS

Population couverte par le DOTS

Proportion de la population ayant un accès géographique au DOTS.

OBJET

Cet indicateur mesure l'existence de DOTS au sein d'un pays. L'objectif est de rendre DOTS accessible à 100% de la population.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de personnes vivant à l'intérieur de la zone de recrutement de services appliquant le DOTS conformément aux directives nationales.

Dénominateur: Ensemble de la population

METHODE D'EVALUATION

Pour le bilan d'un programme, le numérateur sera le nombre de personnes vivant au sein de la zone de recrutement de services appliquant le DOTS, selon les directives du PNT, et le dénominateur sera constitué par l'ensemble de la population. Pour un suivi de routine, les données doivent être incluses dans les rapports trimestriels.

Outils: rapport annuel du PNT; rapports trimestriels et annuel soumis par des intermédiaires au niveau central du PNT

Fréquence: Cet indicateur devrait être évalué sur une base annuelle à des fins de monitoring externe, et sur une base trimestrielle pour le suivi de routine par le PNT.

REFERENCES

World Health Organization (2002). Global Tuberculosis Control: WHO Report 2003.
<http://www.who.int/gtb/publications/globrep/index.html>

INDICATEUR DE TRAITEMENT (IT) 2:

DETECTION ET TRAITEMENT EN TEMPS OPPORTUN

Pourcentage de cas de TB à frottis positif recensés via DOTS sur une période donnée qui ont été soignés, plus pourcentage des sujets qui ont terminé le traitement.

OBJET

Les indicateurs du taux de guérison et de fin du traitement devraient être additionnés de manière à déterminer le succès d'un traitement sur une période donnée. L'évaluation des issues du traitement des nouveaux patients au frottis positif est utilisée pour déterminer la qualité et l'efficacité de la mise en œuvre de DOTS. Lorsqu'on ne peut pas conclure à une guérison, l'achèvement du traitement est le meilleur moyen de s'assurer que les patients ont été traités de façon appropriée, et, en l'absence de confirmation, sont supposés être guéris. L'objectif global est un taux de réussite de 85 pour cent ou plus. Cet indicateur est utile pour suivre les tendances dans un pays ou une région et pour effectuer des comparaisons entre les pays; il peut aussi servir à suivre et à évaluer l'impact d'interventions spécifiques.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de cas de TB à frottis pulmonaire positif recensés via DOTS sur une période donnée qui ont été soignés, plus nombre de sujets qui ont achevé le traitement

Dénominateur: Nombre total de cas de TB à frottis pulmonaire positif recensés via DOTS sur la même période

METHODE D'EVALUATION

A la fin du traitement, on attribue à chaque cas de TB à frottis d'expectoration positif une mention qui est consignée dans le registre TB. Le numérateur de cet indicateur est le nombre de patients recensés sur une période donnée (trimestre ou année) auxquels on a affecté les mentions "traitement achevé" et "guéri". Ce nombre peut être obtenu à partir des rapports trimestriels sur les issues du traitement ou du registre TB. Le dénominateur peut également être obtenu dans les rapports trimestriels sur les issues du traitement ou dans le registre TB.

Outils: Registre TB; rapports trimestriels sur les résultats du traitement (TB-08)

Fréquence: trimestrielle ou annuelle

REFERENCES

WHO. Compendium for monitoring TB control activities (*en préparation*)

INDICATEUR DE TRAITEMENT (IT) 3:

CONTROLE DE LA PHARMACO-RESISTANCE **Nouveaux cas à frottis positif qui ont cessé le traitement ou ont été transférés**

Pourcentage de nouveaux cas de TB à frottis positif recensés sur une certaine période qui ont interrompu le traitement durant plus de deux mois au cours de l'année précédente ou qui ont été transférés vers une autre unité de prise en charge dont les résultats ne sont pas répertoriés.

OBJET

L'évaluation des résultats des nouveaux patients à frottis positif est utilisée pour déterminer la qualité et l'efficacité du PNT. L'un des objectifs généraux ainsi que la priorité la plus urgente dans le contrôle de la TB est de guérir les cas d'infection TB. Pour les patients qui ne sont pas classés en tant que guéris, il est essentiel de déterminer le résultat de leur traitement afin que les mesures adéquates puissent être conçues et mises en oeuvre.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de nouveaux cas de TB à frottis positif recensés sur une certaine période qui ont interrompu le traitement durant plus de deux mois au cours de l'année précédente ou qui ont été transférés vers une autre unité de prise en charge dont les résultats ne sont pas répertoriés

Dénominateur: Nombre total de cas de TB à frottis d'expectoration positif recensés sur la même période

METHODE D'EVALUATION

A la fin du traitement, on attribue à chaque cas de TB à frottis d'expectoration positif une mention qui est consignée dans le registre TB. Les patients pour lesquels le traitement a été interrompu durant deux mois consécutifs ou plus (p. ex. des patients qui ne sont pas allés chercher les médicaments durant 2 mois ou plus après leur enregistrement) sont caractérisés par la mention "default" (cessation). Les patients qui ont été transférés vers une autre unité de prise en charge dont les résultats ne sont pas répertoriés sont qualifiés de "transferred out" (transférés).

Outils: rapports trimestriels sur les issues du traitement (TB-08)

Fréquence: trimestrielle ou annuelle

REFERENCES

WHO. Compendium for monitoring TB control activities (*en préparation*)

INDICATEUR DE TRAITEMENT (IT) 4:

MONITORING DES PERFORMANCES DANS LA PRISE EN CHARGE DES CAS

Exhaustivité des rapports au Programme National de Tuberculose

Proportion d'unités soumettant des rapports de détection et de résultats de traitement au PNT tous les trimestres.

OBJET

Cet indicateur mesure si le PNT reçoit les données essentielles à la gestion du programme. L'enregistrement systématique continu, l'analyse, l'interprétation et le rapport des données relatives à la TB facilitent la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des PNT et des programmes de santé publique connexes.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre d'unités ayant soumis des rapports de détection et de résultats de traitement au PNT au cours du dernier trimestre *

Dénominateur: Nombre total d'unités devant soumettre des rapports de détection et de résultats de traitement au PNT tous les trimestres

Note: *une unité est incluse dans le dénominateur uniquement si elle soumet les deux rapports au PNT

Il est recommandé de scinder l'indicateur en niveaux de reporting

METHODE D'EVALUATION

Cet indicateur mesure l'exhaustivité et la ponctualité dans la présentation des rapports TB, élément essentiel de la gestion d'un programme réussi puisqu'il fournit les données nécessaires pour évaluer la réalisation des objectifs du programme TB, orienter les efforts d'affectation de personnel, et gérer les résultats. Cet indicateur est mesuré au niveau sanitaire central d'un pays sur une base trimestrielle et devrait être recueilli pour la période de rapport la plus récente à des fins de suivi.

Outils: statistiques et rapport du PNT

Fréquence: trimestrielle, à moins que les directives du PNT relatives à l'enregistrement et au reporting n'en conviennent autrement

REFERENCES

WHO. Compendium for monitoring TB control activities (*en préparation*)

INDICATEUR DE SOINS ET DE SOUTIEN (SS) 1:

SOUTIEN PAR OBSERVATION DIRECTE DU TRAITEMENT

Patients sous observation directe de thérapie (DOT)

Proportion de patients atteints de TB dont le traitement était directement surveillé par une personne formée et régulièrement supervisée selon les directives du PNT*.

OBJET

Cet indicateur mesure un élément essentiel de la stratégie DOTS: l'observation directe de la thérapie afin de veiller à ce que patient et prestataire s'impliquent dans le traitement. L'OMS recommande que les agents des centres de santé ou des personnes formées et régulièrement supervisées observent le patient avaler chaque dose de médicament et enregistrent la dose sur la carte de traitement individuelle durant la phase intensive du traitement. Chaque centre doit s'efforcer d'atteindre 100 pour cent pour cet indicateur afin de satisfaire aux directives internationales et de prévenir la résistance aux médicaments.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: nombre de nouveaux patients TB à frottis pulmonaire positif qui confirment le contrôle de la prise de chaque dose de médicaments selon les directives du PNT

Dénominateur: nombre total de nouveaux patients TB à frottis pulmonaire positif interrogés sur l'observation directe de la thérapie

Note: *Les directives du PNT doivent prescrire l'observation directe de la thérapie pendant au moins les deux premiers mois de traitement. Dans certains pays, les directives peuvent recommander l'observation directe durant toute la durée du traitement si le rifampin est utilisé dans la phase de continuation.

METHODE D'EVALUATION

Il est recommandé d'avoir recours à plusieurs sources pour déterminer la valeur du numérateur: 1) Dans les entretiens de sortie, il convient de demander au patient si un agent sanitaire ou un superviseur de traitement a surveillé la prise de chaque dose de médicament ou bien s'il se souvient d'une fois où le traitement n'a pas été directement surveillé. 2) Observation de l'interaction patient-prestataire. 3) Revue des fiches de traitement pour vérifier si chaque dose a été correctement enregistrée pour tous les patients durant le trimestre. Si les patients sont hospitalisés durant la phase intensive, les mêmes méthodes peuvent être employées afin de déterminer qui a bénéficié du DOT.

Outils: mesures de routine, ou faisant partie d'une enquête spéciale évaluant la performance d'un établissement

Fréquence: annuelle à des fins de suivi externe et trimestrielle pour le suivi de routine du PNT

REFERENCES

WHO. Compendium for monitoring TB control activities (*en préparation*)

SOUTIEN DES INDICATEURS ENVIRONNEMENTAUX (SE) 1:

APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS ET DES LABORATOIRES

Ruptures de stocks en médicaments TB – unités de traitement

Durée moyenne au cours de laquelle les médicaments TB majeurs ne sont pas disponibles dans les unités de traitement.

OBJET

La disponibilité des médicaments est une condition indispensable au succès de la gestion de la tuberculose, et l'approvisionnement ininterrompu en médicaments dans les centres de traitement est primordial pour guérir les patients et pour éviter le risque de pharmacorésistance des souches de tuberculose. Cet indicateur mesure une composante clé de la stratégie DOTS, à savoir l'approvisionnement continu en médicaments.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: nombre total de jours de rupture de stocks pour tous les médicaments majeurs stockés x 100

Dénominateur: 365

METHODE D'EVALUATION

Les données doivent être recueillies auprès d'un maximum de centres de soins. L'obtention des résultats de 20 sites sentinelle établis est un chiffre idéal. Afin de calculer cet indicateur, il convient d'enregistrer le nombre de jours où chaque médicament était en rupture de stock l'an passé (ou au cours des 12 derniers mois) et d'additionner le nombre total de jours de rupture pour tous les médicaments. Diviser ensuite le nombre de jours par 365 fois le nombre total de médicaments stockés normalement. Multiplier la fraction par 100.

Outils: fiches de stocks de médicaments des centres de soins

Fréquence: trimestrielle

REFERENCES

World Health Organization (1999). Indicators for Monitoring National Drug Policies. WHO/EDM/PAR/99.3.

SOUTIEN DES INDICATEURS ENVIRONNEMENTAUX (SE) 2:

CAPACITES EN RESSOURCES HUMAINES

Centres de santé et laboratoires avec des capacités suffisantes pour le DOTS

Proportion de centres de diagnostics comportant au moins un technicien de laboratoire formé en bacilloscopie au cours des trois dernières années.

OBJET

L'une des trois composantes de DOTS est l'utilisation de l'examen microscopique du frottis pour diagnostiquer la TB. Du personnel formé ainsi que des infrastructures et des ressources de laboratoires adéquats sont des éléments cruciaux pour la fourniture de ces services pour le PNT. L'indicateur est donc important pour mesurer les ressources humaines à disposition pour cette composante primordiale du DOTS, c'est-à-dire pour déterminer si le PNT dispose des ressources humaines minimum nécessaires pour poser un diagnostic par examen microscopique des expectorations à travers le réseau de centres de diagnostic. Le PNT doit viser à réaliser un score de 100 pour cent à cet indicateur, ou du moins augmenter la tendance au fur et à mesure.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: nombre de centres de diagnostic comportant au moins un technicien de laboratoire formé en bacilloscopie au cours des trois dernières années *

Dénominateur: nombre total de centres de diagnostic proposant une microscopie des frottis dans le pays

Note: *Ce nombre doit inclure les nouveaux techniciens qui ont reçu leur formation initiale en microscopie AFB au cours des trois dernières années ET les techniciens qui ont bénéficié d'un stage de remise à niveau au cours de la même période.

METHODE D'EVALUATION

Les centres possédant au moins un technicien à plein temps formé à la microscopie AFB au cours des trois dernières années sont inclus dans le dénominateur. Etant donné que les techniciens n'utilisent peut-être pas les compétences correspondantes tous les jours et ont souvent besoin de cours pour se maintenir à niveau, le plafond auquel la formation la plus récente doit avoir eu lieu est trois ans. Tous les centres de diagnostic utilisés par le PNT doivent être inclus dans le dénominateur.

Outils: statistiques de formation du PNT; liste des techniciens de laboratoire certifiés et des laboratoires utilisés

Fréquence: annuelle

REFERENCES

World Health Organization (2003). Management of Tuberculosis Training for health facility staff,
http://www.who.int/gtb/publications/training/management_of_tb/pdf/who_cds_tb_2003_314i.pdf

ANNEXE C

Description des indicateurs de paludisme

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 1:

MOUSTIQUAIRES TRAITEES A L'INSECTICIDE

Ménages possédant des MTI

Proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire traitée à l'insecticide.

OBJET

Il a été démontré que les MTI sont utiles à la réduction de la mortalité infantile quelle qu'en soit la cause, à la morbidité due au paludisme et l'insuffisance de poids à la naissance dans les régions de l'Afrique sub-saharienne où sévit un paludisme endémique. Il existe également quelques témoignages d'un 'effet communautaire' par lequel les MTI sont rapidement associées aux réductions de la mortalité infantile et de la morbidité due au paludisme chez les enfants non protégés dans le voisinage immédiat des familles qui possèdent des MTI. En outre, il existe une corrélation prouvée entre la possession et l'utilisation des moustiquaires. Cet indicateur relève le nombre de ménages possédant une MTI parmi la population générale au niveau national.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de ménages interrogés possédant au moins une moustiquaire traitée à l'aide d'un insecticide agréé au cours des 6 derniers mois

Dénominateur: Nombre total de ménages interrogés

Note: Analyse et rapport par province et selon l'environnement urbain/rural sont recommandés

METHODE D'EVALUATION

Cet indicateur exige la collecte des données au niveau des ménages par des enquêtes représentatives au niveau national. Le nombre limité de questions posées pour établir les données de cet indicateur peut aisément être ajouté à tout recensement national des ménages. Il est important que ces données soient récoltées sur le questionnaire du ménage plutôt que sur un questionnaire personnel car les individus peuvent ne pas être représentatifs des biens d'un ménage. Il importe également que les enquêtes soient d'une ampleur et d'une conception qui permettent une comparaison entre les provinces et les environnements urbains/ruraux au niveau des ménages.

Le numérateur de cet indicateur est obtenu en demandant au ménage s'il y a des moustiquaires dans la maison qui peuvent être utilisés pour éviter de se faire piquer pendant le sommeil, et elles ont été traitées au cours des 6 derniers mois. Le dénominateur est simplement mesuré par le nombre total de ménages interrogés.

Questions suggérées: 1.1, 1.3 et 1.4 de l'enquête paludisme sur les ménages dans les Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base pour l'évaluation de la couverture de l'intervention paludisme dans les enquêtes auprès des ménages.

Outils: DHS (USAID/MACRO), MICS (UNICEF), MIS, 'annexe' à des enquêtes nationales représentatives

Fréquence: tous les 2-3 ans

REFERENCES

- Roll Back Malaria/MEASURE. Guidelines for core indicators for assessing malaria intervention coverage from household surveys. 2004. *En préparation*.
- Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS). *En préparation*
- UNICEF MICS: <http://www.unicef.org/reseval/micsr.html>
- MEASURE Demographic and Health Surveys: <http://www.measuredhs.com/>

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 2:

MOUSTIQUAIRES TRAITEES A L'INSECTICIDE

Enfants de moins de 5 ans utilisant des MTI

Proportion d'enfants <5 ans qui ont dormi sous une MTI la nuit dernière.

OBJET

L'utilisation de MTI dans les régions où la transmission est rapide est d'une importance particulière car leur effet sur la réduction de la mortalité pour toute cause et de la morbidité due au paludisme est concentrée parmi les jeunes. C'est pourquoi la couverture des enfants possédant des MTI est une composante essentielle de la stratégie technique pour la prévention de la transmission et le contrôle des vecteurs prônés par RBM. Cet indicateur relève le niveau d'utilisation des MTI par les enfants <5 ans au niveau national.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire traitée à l'aide d'un insecticide agréé au cours des 6 derniers mois

Dénominateur Nombre total d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi sous une moustiquaire parmi les ménages interrogés

Note: Analyse et rapport par province et selon l'environnement urbain/rural sont recommandés

METHODE D'EVALUATION

Cet indicateur exige la collecte des données au niveau des ménages par des enquêtes représentatives au niveau national. Le nombre limité de questions posées pour établir les données de cet indicateur peut aisément être ajouté à tout recensement national des ménages. Toutefois, il est important que l'enquête contienne la liste de tous les enfants de moins de cinq ans du ménage interrogé. De telles enquêtes doivent être d'une ampleur et d'une conception qui permettent une comparaison entre les provinces et les environnements urbains/ruraux au niveau individuel.

- Les données du dénominateur sont obtenues lors de l'établissement du questionnaire quand tous les enfants de moins de cinq ans qui ont dormi dans la maison la nuit précédente sont identifiés. Les données du numérateur sont obtenues de la liste des enfants de la maison qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédente, en combinaison avec l'information sur le traitement de la moustiquaire au cours des 6 derniers mois

Questions suggérées: 1.1 et 1.3-1.6 de l'enquête paludisme sur les ménages dans les Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base pour l'évaluation de la couverture de l'intervention paludisme dans les enquêtes auprès des ménages

Outils: DHS (USAID/MACRO), MICS (UNICEF), MIS, 'annexe' à d'autres enquêtes nationales représentatives

Fréquence: tous les 2-3 ans

REFERENCES

- Roll Back Malaria/MEASURE. Guidelines for core indicators for assessing malaria intervention coverage from household surveys. 2004. *En préparation.*
- Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS). *En préparation.*
- UNICEF MICS: <http://www.unicef.org/reseval/micsr.html>
- MEASURE Demographic and Health Surveys: <http://www.measuredhs.com/>

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 3:

PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE

Femmes enceintes utilisant des MTI

Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une MTI la nuit dernière.

OBJET

Il a été démontré que l'utilisation de MTI par les femmes enceintes allait de pair avec des réductions de la morbidité maternelle due au paludisme ainsi qu'avec une amélioration des naissances, y compris la réduction de l'insuffisance de poids à la naissance. Pour ces raisons, la couverture des femmes enceintes par des MTI est une composante clé de la stratégie technique pour le contrôle et la prévention du paludisme pendant la grossesse tel que prônée par RBM. Cet indicateur relève le niveau d'utilisation des MTI par les femmes enceintes au niveau national.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de femmes enceintes qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire traitée à l'aide d'un insecticide agréé au cours des 6 derniers mois

Dénominateur: Nombre total de femmes enceintes qui résident au sein des ménages interrogés

Note: Analyse et rapport par province et selon l'environnement urbain/rural sont recommandés

METHODE D'EVALUATION

Cet indicateur exige la collecte des données au niveau des ménages par des enquêtes représentatives au niveau national. Le nombre limité de questions posées pour établir les données de cet indicateur peut aisément être ajouté à tout recensement national des ménages. Toutefois, en raison du nombre réduit de femmes enceintes à un moment donné, une enquête destinée à collecter ces données devrait avoir un échantillon général ≥ 5000 femmes (afin d'être comparable avec MICS et DHS). Si les questions sont ajoutées comme 'annexe' à une enquête, il est important que l'enquête contienne un recensement du ménage qui englobe toutes les femmes en âge de reproduction au sein de la famille interrogée. De telles enquêtes doivent être d'une ampleur et d'une conception qui permettent une comparaison entre les provinces et les environnements urbains/ruraux au niveau individuel.

Les données pour le dénominateur sont obtenues d'une série de questions posées à toutes les femmes en âge de reproduction au sein du ménage quant à leur état de grossesse. Les données pour le numérateur sont ensuite obtenues à partir d'une liste de ces femmes qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédente, en combinaison avec l'information sur le traitement de la moustiquaire au cours des 6 derniers mois.

Questions suggérées: 1.1, 1.3-1.6, et 2.1 de l'enquête paludisme sur les ménages dans les Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base pour l'évaluation de la couverture de

l'intervention paludisme dans les enquêtes auprès des ménages

Outils: DHS (USAID/MACRO), MICS (UNICEF), MIS, 'annexer' à d'autres enquêtes nationales représentatives

Fréquence: tous les 2-3 ans

REFERENCES

- Roll Back Malaria/MEASURE. Guidelines for core indicators for assessing malaria intervention coverage from household surveys. 2004. *En préparation.*
- Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS). *En préparation.*
- UNICEF MICS: <http://www.unicef.org/reseval/micsr.html>
- MEASURE Demographic and Health Surveys: <http://www.measuredhs.com/>

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 4:

PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE

Femmes enceintes recevant un traitement intermittent préventif (TIP)

Proportion de femmes enceintes qui reçoivent un TIP comme prophylaxie du paludisme.

OBJET

Le TIP à la sulphadoxine-pyriméthamine (SP) donné aux femmes enceintes s'est révélé utile pour réduire le risque d'anémie maternelle, de parasitémie placentale et d'insuffisance de poids à la naissance. Le TIP pendant la grossesse est dès lors une composante clé de la stratégie technique pour le contrôle et la prévention du paludisme pendant la grossesse tel que prônée par RBM. Cet indicateur relève le niveau national d'utilisation des TIP pour prévenir le paludisme chez les femmes enceintes.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de femmes qui ont pris un médicament antipaludique pour prévenir le paludisme pendant leur dernière grossesse qui a abouti au cours des 2 dernières années

Dénominateur: Nombre total de femmes enceintes interrogées qui ont donné vie à un bébé vivant au cours des 2 dernières années

Note: Analyse et rapport par province et selon l'environnement urbain/rural sont recommandés

METHODE D'EVALUATION

Cet indicateur exige la collecte des données au niveau des ménages auprès d'enquêtes représentatives au niveau national. Le nombre limité de questions posées pour établir les données de cet indicateur peut aisément être ajouté à tout recensement national des ménages. Si les questions sont ajoutées comme 'annexe' à une enquête, il est important que l'enquête contienne un recensement du ménage qui englobe toutes les femmes en âge de reproduction au sein de la famille interrogée ainsi qu'un questionnaire destiné aux femmes sur les naissances précédentes et les soins prénataux. En outre, en raison du nombre limité de femmes qui ont accouché d'un bébé vivant au cours des 2 années précédentes, il faut veiller à ce que de telles enquêtes aient une ampleur et une conception qui permettent une comparaison entre les provinces et les environnements urbains/ruraux au niveau individuel.

Les données des questionnaires des femmes qui ont accouché d'un bébé vivant au cours des 2 dernières années au sein du ménage interrogé sont utilisées pour calculer le dénominateur. Le numérateur est dérivé du nombre de femmes qui ont déclaré prendre un antipaludique en prévention (PAS en traitement) pendant la grossesse parmi toutes les femmes qui ont accouché dans les deux dernières années.

Il est important de faire la distinction entre une dose prescrite pour la prévention (comme imposée par TIP) et un véritable traitement d'une infection paludique

existante. Bien qu'il soit extrêmement difficile de faire la distinction dans le contexte d'une interview d'enquête, le traitement est à caractère curatif et n'entre pas dans la procédure TIP standard. De même, les femmes qui prennent toutes les semaines une prophylaxie à la chloroquine ne sont pas considérées comme couvertes par TIP.

Questions suggérées: 2.2-2.7 de l'enquête paludisme sur les ménages dans les Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base pour l'évaluation de la couverture de l'intervention paludisme dans les enquêtes auprès des ménages

Outils: DHS (USAID/MACRO), MICS (UNICEF), MIS, 'annexe' à d'autres enquêtes nationales représentatives

Fréquence: tous les 2-3 ans

REFERENCES

- Roll Back Malaria/MEASURE. Guidelines for core indicators for assessing malaria intervention coverage from household surveys. 2004. *En préparation.*
- Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS). *En préparation.*
- UNICEF MICS: <http://www.unicef.org/reseval/micsr.html>
- MEASURE Demographic and Health Surveys: <http://www.measuredhs.com/>

INDICATEUR DE PREVENTION (IP) 5:

PREDICTION ET LIMITATION DES EPIDEMIES

Epidémie de paludisme détectée et correctement limitée

Proportion d'épidémies détectées dans les 2 semaines de l'apparition et correctement limitées.

OBJET

Avec l'apparition croissante d'épidémies dans les régions à faible risque et les régions à transmission modérée du paludisme, la création de réponses spéciales aux épidémies en plus des activités de maîtrise habituelle du paludisme s'avère indispensable. L'impact des épidémies peut être considérablement réduit si elles sont détectées à temps ou, même mieux, prévisibles et si les mesures de prévention sont prises. Cet indicateur note la réponse nationale aux épidémies.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre d'épidémies détectées dans une zone géographique précise (pays, district) dans les deux semaines au cours de 12 derniers mois et pour lesquelles les mesures de contrôles appropriées ont été prises*

Dénominateur: Nombre d'épidémies de paludisme enregistrées au cours des 12 derniers mois dans une zone géographique précise

Note: * Action basée sur un l'état de préparation d'un plan d'action, conformément aux directives OMS, le cas échéant

METHODE D'EVALUATION

Les formulaires d'enquête de direction sont destinées à rassembler les directives de politique générale et de mise en oeuvre avec un accent sur les question de gestion. Ils devraient être gérés par les responsables du programme national et les directeurs des districts de santé. Il existe plusieurs scénarios qui peuvent être adoptés pour faciliter aisément la collecte des informations. Les formulaires d'enquête ne doivent pas être envoyés comme des questionnaires. Les équipes d'entrevue sont supposées poser des questions supplémentaires afin de clarifier si nécessaire pendant l'entrevue.

Outil: enquête de direction

Fréquence: 2-3 ans

REFERENCES

- Hook C. Field Guide for Malaria Epidemic Assessment and Reporting. DRAFT for Field Testing. World Health Organization. 2003, Available online: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/016/569/FTest.pdf
- Roll Back Malaria. Framework for Monitoring Progress and Evaluating Outcomes and Impact. 2000. Geneva. http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/012/168/m_e_en.pdf
- WHO. Roll Back Malaria Initiative in the African Region. Monitoring and Evaluation Guidelines. Harare, WHO Regional Office, 2000.

INDICATEUR DE TRAITEMENT (IT) 1:

PRISE EN CHARGE RAPIDE

Enfants de moins de cinq ans qui ont accès au traitement

Proportion d'enfants de moins de cinq ans fiévreux au cours des 2 dernières semaines qui ont reçu un traitement antipaludique selon la politique nationale dans les 24 heures de l'apparition de la fièvre.

OBJET

La majorité des décès de paludisme grave pendant l'enfance sont dus à l'administration tardive d'un traitement antipaludique. Un accès rapide à un traitement efficace du paludisme pour les enfants est dès lors une composante clé de la stratégie technique pour le contrôle et la prévention du paludisme pendant la grossesse tel que prônée par RBM. Cet indicateur note l'accès national à un traitement effectif rapide du paludisme.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre d'enfants <5 ans fiévreux au cours des 2 dernières semaines qui ont reçu un traitement antipaludique selon la politique nationale dans les 24 heures de l'apparition de la fièvre.

Dénominateur: Nombre total d'enfants <5 ans fiévreux au cours des 5 dernières semaines

Note: Analyse et rapport par province et selon l'environnement urbain/rural sont recommandés

METHODE D'EVALUATION

Pour collecter des données de cet indicateur, l'enquête doit être nationale représentative et récolter des données sur les enfants <5 ans. Les données au niveau enfant doivent être obtenues au cours de l'entrevue avec le ménage quand chaque enfant <5 ans qui a dormi dans la maison la nuit précédente est identifié. Des questions sont posées quant à savoir si l'enfant a eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines et s'il a reçu un traitement antipaludique. Au minimum, les données suivantes doivent également être recueillies afin d'aider à l'interprétation et d'éviter les abus potentiels:

- Age des enfants cités
- Confirmation du type de retraitement du paludisme prescrit à l'enfant
- Variables socioéconomiques aux niveaux du ménage et de la communauté recueillies régulièrement par DHS et MICS

Outils: DHS (USAID/MACRO), MICS (UNICEF), MIS, 'annexe' à d'autres enquêtes nationales représentatives

Fréquence: 2-3 ans

REFERENCES

- Roll Back Malaria/MEASURE. Guidelines for core indicators for assessing malaria intervention coverage from household surveys. 2004. *En préparation.*
- Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS). *En préparation.*
- UNICEF MICS: <http://www.unicef.org/reseval/micsr.html>
- MEASURE Demographic and Health Surveys: <http://www.measuredhs.com>

INDICATEUR DE TRAITEMENT (IT) 2:

PRISE EN CHARGE RAPIDE

Centres de santé qui ne signalent aucune rupture de stock

Pourcentage de centres de santé qui ne signalent pas de rupture de stock de médicaments antipaludiques recommandés au plan national pendant plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois

OBJET

La disponibilité permanente des médicaments antipaludiques est une clé du traitement efficace rapide par les centres de santé. Cet indicateur relève la disponibilité des médicaments antipaludiques recommandés au plan national dans les centres de santé.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de centres de santé avec médicaments antipaludiques recommandés au plan national le jour de l'enquête et sans rupture de stock connue au cours des 3 derniers mois

Dénominateur: Nombre total de centres de santé interrogés

Note: Analyse et rapport par province et selon l'environnement urbain/rural sont recommandés

METHODE D'EVALUATION

Les formulaires d'étude du centre de santé sont gérés par le chef de chaque section de chaque centre identifié. Il s'agit de l'hôpital de district et au moins de deux autres centres/postes de santé desservant des communautés précises dans le district. L'examen des dossiers des patients hospitalisés et une évaluation de l'adéquation du traitement des cas de paludisme grave admis dans l'hôpital de district ainsi que l'observation des prestataires de soins aux clients devraient faire l'objet d'une collecte de données.

Outils: enquête de centre de santé

Fréquence: annuelle

REFERENCES

- Roll Back Malaria. Framework for Monitoring Progress and Evaluating Outcomes and Impact. 2000. Geneva.
http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/012/168/m_e_en.pdf
- WHO. Roll Back Malaria Initiative in the African Region. Monitoring and Evaluation Guidelines. Harare, WHO Regional Office, 2000.

INDICATEUR DE TRAITEMENT (IT) 3:

GESTION DES CAS

Patients atteints de paludisme grave recevant un traitement correct

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans admis avec un paludisme grave et traités correctement dans un centre de santé.

OBJET

Le paludisme grave apparaît généralement comme un retard dans le traitement du paludisme simple. Parfois, surtout chez les enfants, le paludisme grave peut se développer très rapidement. En raison de l'issue souvent fatale, la gestion correcte est la clé pour sauver des vies. Cet indicateur relève la capacité d'un centre de santé de gérer correctement le paludisme grave.

DEFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre d'enfants de moins de cinq ans et autres groupes cibles admis pour paludisme grave et ayant reçu à raison des antipaludiques et un traitement de soutien selon la politique nationale

Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de cinq ans et autres groupes cibles admis pour paludisme grave interrogés dans les centres de santé

METHODE D'EVALUATION

Les formulaires d'enquête des centres de santé sont gérés par le chef de section du centre de santé identifié pour l'enquête. Il s'agit de l'hôpital de district et au moins de deux autres centres/postes de santé desservant des communautés précises dans le district. L'examen des dossiers des patients hospitalisés et une évaluation de l'adéquation du traitement des cas de paludisme grave admis dans l'hôpital de district ainsi que l'observation des prestataires de soins aux clients devraient faire l'objet d'une collecte de données.

Outil: 1) Partie de la supervision de routine du NMCP; 2) Enquête centre de santé (Formulaire 7)

Fréquence: 1) annuelle; 2) tous les 2-3 ans

REFERENCES

- Roll Back Malaria. *Framework for Monitoring Progress and Evaluating Outcomes and Impact*. 2000. Geneva.
http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/012/168/m_e_en.pdf
- WHO. Roll Back Malaria Initiative in the African Region. Monitoring and Evaluation Guidelines. Harare, WHO Regional Office, 2000.