Rapport d'etude

Evaluation des programmes nationaux de lutte contre le paludisme en Afrique

e document a été appuyé par Bureau for Africa, Office of Operation and New Initiatives (ONI) et Office of Analysis, Research and Technical Support (ARTS), United States Agency for International Development (A.I.D.) - L'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International- dans le cadre du projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD), projet régional pour l'Afrique #698-0421, Washington, D.C.

Edition traduite de l'anglais, octobre 1992

Cette étude a été réalisée par l'équipe du projet ACSI-CCCD aux Centers for Disease Control and Prevention et ne réflecte pas nécessairement les idées et opinions des CDC ou de l' USAID (Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International)- Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que leurs auteurs- La reproduction partielle ou intégrale de ce document pour des utilisations non commerciales est autorisée avec mention de la source.

Toute correspondance relative á ce document doit être adressée á:

ACSI-CCCD Technical Coordinator
International Health Program Office
Centers for Disease Control
and Prevention
Atlanta, Georgia 30333
Fax (404) 639-0277

Rapport d'étude

Evaluation des programmes nationaux de lutte contre le paludisme en Afrique[a]

J. Bryce,[1] J.B. Roungou,[2] P. Nguyen-Dinh,[3]
J.F. Naimoli,[1] J.G. Breman[3]

[1]International Health Program Office, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, Georgia, 30333, USA.

[2]Division de médecine préventive et des grandes endémies, Ministère de la santé, République Centrafricaine.

[3]Malaria Branch, Division of Parasitic Diseases, National Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, Georgia, 30333, USA.

[a]Une première version de ce rapport a été présentée lors d'un colloque du Groupe d'étude de l'OMS sur la lutte contre le paludisme en Afrique en mars 1993 à Brazzaville, République du Congo. Ce document est distribué dans le cadre d'une série de rapports d'étude informels. L'intégration à cette série n'exclut pas une publication ou une distribution ultérieure.

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
Africa Regional Project (698-0421)
Participating Agency Service Agreement (PASA) No. 0421 PHC 2233

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Public Health Service
Centers for Disease Control
and Prevention
International Health Program Office
Atlanta, Georgia 30333

RESUME

L'évaluation constitue un outil essentiel de gestion pour l'amélioration de programmes ou de projets relatifs à la santé publique. Etant donné que les taux de mortalité et de morbidité du paludisme continuent à augmenter dans la plupart des pays d'Afrique, les responsables des agences internationales et des programmes de lutte contre le paludisme ont compris qu'un renforcement des évaluations des programmes de lutte contre le paludisme constitue une stratégie importante pour améliorer leur efficacité et leur impact.

L'évaluation des programmes dans le domaine de la santé publique peut être défini comme étant la collecte et l'utilisation systématiques de données visant à améliorer les programmes de santé et guider l'affectation de leurs ressources. Son but principal est de contribuer à la réalisation des objectifs desdits programmes. Ceci est possible quand les activités d'évaluation aboutissent à l'obtention d'informations opportunes permettant aux responsables de prendre des décisions sur le développement des programmes et leurs opérations, ainsi que sur l'affectation des ressources.

Les responsables ne peuvent développer une stratégie d'évaluation des programmes qu'après avoir défini les objectifs de ces programmes et planifié leurs activités spécifiques.
Les indicateurs doivent être directement liés aux objectifs des programmes et sélectionnés en fonction 1) de leur validité, 2) de leur fiabilité, 3) de leur aptitude à détecter les variations dans des délais raisonnables et en conséquence d'une mise en oeuvre réussie des programmes, 4) de leur aptitude à être interprétés, et 5) de leur utilité vis-à-vis de l'orientation des modifications des programmes. Seuls les indicateurs pouvant être mesurés au regard des ressouces de programmes disponibles doivent être sélectionnés. Les responsables doivent par ailleurs identifier les sources de données des indicateurs et établir la fréquence de mesure de chaque indicateur.

Les responsables des programmes doivent développer des critères ou des indicateurs pour: 1) les politiques et plans d'action des programmes; 2) le processus de mise en oeuvre des programmes; 3) les résultats des interventions de lutte contre le paludisme au niveau de la prise en charge et de la prévention de cette maladie; et 4) l'impact des programmes sur la diminution de la mortalité et de la morbidité liés au paludisme.

En ce qui concerne la gestion des activités d'évaluation dans le cadre d'un programme national, il est crucial de partir des ressources disponibles et d'étoffer progressivement le système, selon les options offertes; de sélectionner, former et superviser le personnel chargé des activités d'évaluation; de développer des stratégies de contrôle de la qualité; et d'assurer que les données sont gérées et communiquées de manière à assurer l'efficacité de la prise de décisions dans les programmes.

Pour qu'une évaluation aboutisse à une amélioration des programmes de lutte contre le paludisme, elle doit être clairement définie dans le cadre de la gestion du programme. Les

responsables de programmes doivent diriger ce processus de développement et s'assurer que les méthodes d'évaluation fournissent l'information leur permettant de monitorer et d'améliorer leurs programmes à coût raisonnables.

INTRODUCTION ET CONTEXTE

Une mise en oeuvre inadéquate des programmes de lutte contre le paludisme a restreint les efforts visant à contrôler le problème, déjà grave, de cette maladie en Afrique[1]. En réponse à ce problème, une Conférence ministérielle de 1992 sur le paludisme, a défini une stratégie globale de lutte contre le paludisme.[2] Ce rapport et l'expérience des programmes de lutte contre le paludisme en Afrique mettent en évidence la place prioritaire qui doit être faite au renforcement de l'évaluation des programmes dans l'amélioration des programmes de lutte, visant à la diminution des taux de mortalité et de morbidité liés au paludisme.

L'évaluation des programmes de santé publique peut se définir comme **la collecte et l'utilisation systématiques de données visant à améliorer les programmes de santé et à orienter l'affectation de leurs ressources.**[3,4] Les responsables doivent évaluer leurs programmes pour déterminer s'ils atteignent les objectifs fixés et pour prendre des décisions sur le développement et la mise en oeuvre de ces programmes ainsi que sur l'affectation des ressources.[5] La figure 1 illustre les éléments d'un programme de lutte contre le paludisme. Une politique et un plan d'action de lutte contre le paludisme bien élaborés, complétés par des infrastructures de santé publique adéquates, sous-tendent la mise en oeuvre des interventions appropriées de prévention et de prise en charge de cette maladie. Ces interventions mènent à voir l'impact mesurable des programmes sur la mortalité et la morbidité liés au paludisme.[6] Les activités d'évaluation visent à suivre les progrès vers cet impact et fournissent aux responsables une information opportune sur la marche et les résultats de ces programmes.

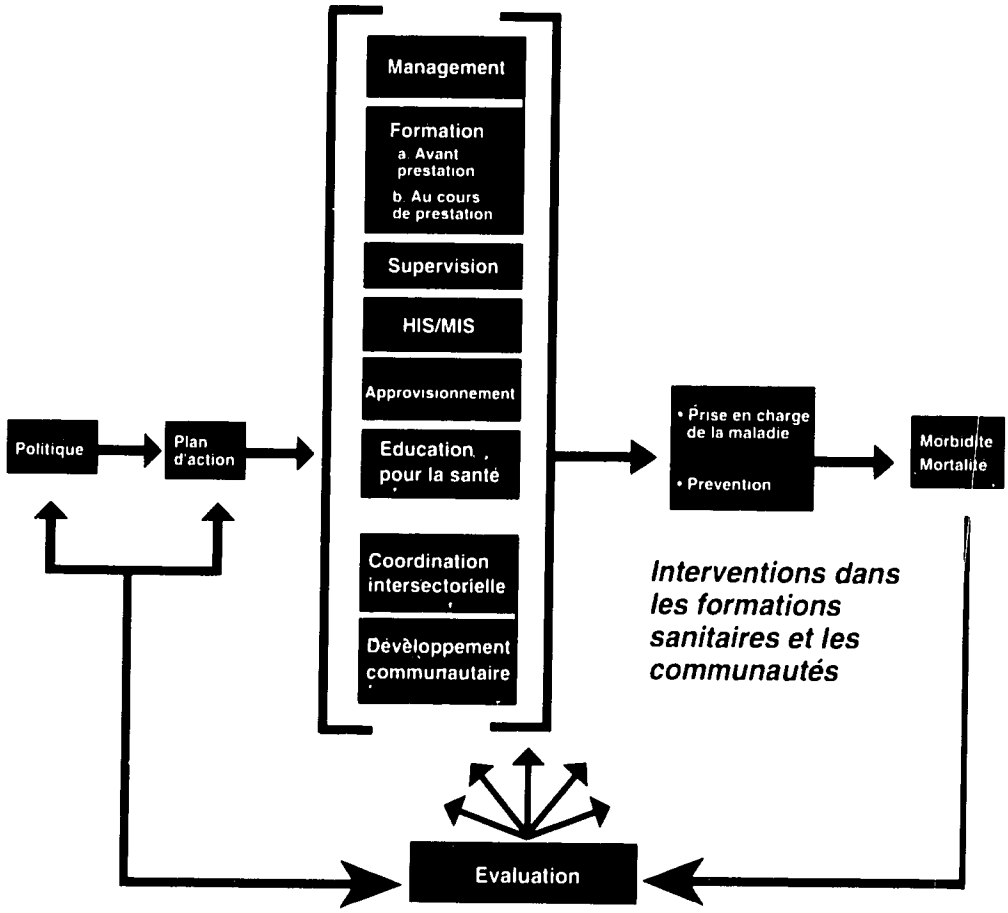
La responsabilité de l'évaluation des programmes est du ressort des responsables des programmes nationaux de lutte contre le paludisme[1], et le maximum d'efforts doit être fait pour renforcer leurs aptitudes dans ce domaine. Les revues de programmes effectuées par des évaluateurs externes se font souvent en fonction des critères des organisations internationales. Bien que souvent liés à la provision des ressources, ces évaluations externes ne renforcent pas nécessairement la compétence des responsables de programmes, pas plus qu'elles n'encouragent l'évaluation continue et fréquente nécessaire à la gestion efficace des programmes de lutte. Les agences et organisations internationales et régionales doivent mettre en place des systèmes d'évaluation de lutte contre le paludisme, à mesure que les programmes apparaissent dans chaque pays, en analysant les informations collectées pour une utilisation à l'échelle du pays.

L'objet de ce rapport est de présenter et de discuter certains problèmes liés à l'évaluation des programmes de lutte contre le paludisme en Afrique. Nous traitons de l'importance de la planification des programmes et du développement des objectifs des programmes comme éléments de base d'une évaluation satisfaisante; nous présentons des directives et des exemples d'indicateurs utiles à l'évaluation des politiques, des plans d'action et des programmes de lutte contre le paludisme; nous traitons des problèmes posés par la mesure de

4

l'impact épidémiologique des interventions des programmes; et passons en revue les problèmes clés concernant la gestion des activités d'évaluation.

FIGURE 1: ELÉMENTS DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



EVALUATION EN TANT QUE PLANIFICATION DES PROGRAMMES

L'évaluation est un élément critique des programmes de lutte contre le paludisme. Une évaluation correcte ne peut être réalisée sans les trois activités de planification suivantes: 1) définition des objectifs des programmes; 2) sélection des critères et des indicateurs d'évaluation appropriés; et 3) identification des sources de données appropriées et détermination de la fréquence de mesure des indicateurs. Chacune de ces activités est traitée ci-dessous.

Définition des objectifs du programme. L'évaluation dépend du développement d'un plan d'action comportant des objectifs mesurables de processus, de résultats et d'impact, logiquement liés les uns aux autres et aux objectifs et interventions définis dans la politique nationale de lutte contre le paludisme. Les objectifs d'**impact** incluent les modifications des taux de mortalité et de morbidité censées se produire grâce aux activités du programme et doivent correspondre à l'objectif prioritaire du programme (diminution de la mortalité) tel qu'énoncé dans la politique nationale. Les objectifs de **résultats** incluent les modifications des connaissances, des attitudes, des comportements ou de la disponibilité des services ou approvisionnement nécessaires,qui résultent des activités du programme. Ils doivent être directement liés à l'intervention prioritaire (prise en charge des cas ou prévention de la maladie), à la population-cible prioritaire (enfants âgés de moins de 5 ans), ou à ceux chargés des soins à la population-cible (prestataires de soins, mères, parents, etc.). Les objectifs de **processus** spécifient les actions nécessaires à la réalisation du programme et doivent correspondre aux diverses activités (formation, supervision, approvisionnement, surveillance, éducation pour la santé, recherches opérationnelles, etc.) nécessaires à la réalisation des résultats et de l'impact visés.

La sélection des objectifs du programme est conditionnée par

- leur rapport direct avec la politique nationale;
- leurs possibilités de réalisation et réalisme au regard des ressources, y compris de la possibilité de les réaliser dans les délais impartis;
- leur capacité à être mesurés et observés, y compris la disponibilité d'informations de base par rapport auxquelles on peut mesurer les progrès réalisés.

Sélection des critères et des indicateurs. Une fois que les objectifs mesurables ont été définis, les responsables peuvent élaborer des plans d'évaluation en utilisant des critères et des indicateurs spécifiques. Les critères sont des normes techniques pouvant servir base à un jugement sur la qualité d'un élément d'une politique, d'un plan ou d'un programme. Par exemple, les critères appliqués à un plan d'action pourraient être: si celui-ci comprend des objectifs mesurables, ou si les activités planifiées ont une bonne probabilité d'aboutir à la réalisation des objectifs énoncés.

Les indicateurs sont des mesures quantifiées pouvant être répétées dans le temps pour évaluer les progrès vers la réalisation des objectifs. Le choix des indicateurs doit être fonction 1) de leur validité, c'est-à-dire du degré auquel l'indicateur constitue une mesure précise et réelle du phénomène étudié [8,9]; 2) de leur fiabilité, c'est-à-dire du degré dans lequel les mesures obtenues sont consistantes et fiables dans des applications diverses ou dans le temps [8,9]; 3) de

6

leur aptitude à détecter des variations dans des délais raisonnables et en conséquence d'une mise en oeuvre réussie du programme; 4) de leur aptitude à produire des données pouvant être facilement interprétées; et 5) de leur utilité pour guider les modifications du programme. Par ailleurs, seuls les indicateurs pouvant être mesurés à l'aide des ressources disponibles pour le programme doivent être sélectionnés.

Identification des sources de données et détermination de la fréquence de mesure des indicateurs. Une fois les objectifs du programme définis et les critères et les indicateurs sélectionnés, les responsables doivent identifier les meilleurs sources de données et déterminer la fréquence de mesure des indicateurs et des critères. Les rapports et les enregistrements recueillis dans le cadre de la prestation de services de routine - informations sanitaires, rapports effectués par les superviseurs ou inventaire des stocks, par exemple - peuvent être des sources importantes de données d'évaluation à condition d'être suffisamment précises. Si l'on ne dispose pas de telles données ou si ces dernières ne sont pas assez précises, des enquêtes ou revues spécifiques pourraient s'avérer nécessaires. Les responsables doivent aussi chercher à savoir si des données recueillies dans d'autres buts ou pour d'autres programmes sont disponibles et si elles peuvent être exploitées dans le cadre de l'évaluation des activités des programmes de lutte contre le paludisme. Des macroenquêtes menées dans le cadre d'autres programmes de survie de l'enfant ou de planning familial par exemple peuvent être l'occasion d'obtenir des données sur la communauté.

Les responsables doivent aussi déterminer la fréquence de mesure des indicateurs. Pour ce faire, on doit prendre en considération les facteurs suivants: 1) les ressources nécessaires à la collection des données correspondant à cet indicateur spécifique (des données émanant de rapports de supervision peuvent être collectées plus fréquemment que celles issues d'une enquête dans la population par exemple); 2) le moment où il faudra disposer de données portant sur les indicateurs pour orienter la prise de décisions dans le cadre des programmes (les données doivent être rassemblées, analysées et préparées en vue de leur diffusion avant plutôt qu'après l'exercice de révision d'un programme); et 3) le moment où des variations significatives des niveaux des indicateurs peuvent être attendues étant donné les activités des programmes (il est inutile de mesurer la disponibilité des médicament antipaludéens de première intention dans les formations sanitaires s'il n'y en a pas eu de disponible au cours des six mois précédent.)

CRITERES ET INDICATEURS D'EVALUATION

Dans l'évaluation de programme un rapport direct doit exister entre les activités planifiées du programme (liées ause objectifs et indicateurs de processus) et les résultats anticipés (tels qu'indiqués par les objectifs et les indicateurs des résultats). Les principaux critères d'évaluation de la qualité d'un programme sont le degré dans lequel les activités du programme sont cohérentes, et peuvent assurer la réalisation des résultats et de l'impact souhaités.

Politiques et plans d'action. L'évaluation des politiques et des plans d'action peut se faire à partir d'une série de critères prédéterminés.[4] Les critères pouvant servir comme points de départ figurent au tableau 1.

Tableau 1: Critères d'évaluation des plans et politiques des programmes de lutte contre le paludisme

POLITIQUE

- Une politique écrite de lutte contre le paludisme existe-t-elle?
- La politique de lutte contre le paludisme reflète-t-elle la situation épidémiologique nationale?
- Cette politique est-elle réaliste au regard des ressources actuellement disponibles pour la lutte contre le paludisme?
- Cette politique inclut-elle des directives spécifiques concernant la prise en charge des cas et la prévention du paludisme dans les formations sanitaires et à domicile?

PLAN D'ACTION

- Le plan d'action comprend-il des objectifs mesurables concernant les processus, les résultats et l'impact du programme?
- Ces objectifs reflètent-ils la politique nationale de lutte contre le paludisme et les niveaux de ressources?
- Des indicateurs figurent-ils dans le plan?
- Ce plan comprend-il une description des principales activités du programme (formation, supervision, etc.) à réaliser, ainsi qu'un échéancier?
- Si ces activités sont menées à bien comme prévu, pourront-elles amener à la réalisation des objectifs énoncés du programme?
- Dispose-t-on d'un budget pour ce programme? Est-il spécifique et réaliste au regard des activités prévues pour ce programme?

Mise en oeuvre du programme. La préoccupation ultime des responsables de programme consiste en la réalisation des objectifs d'impact et de résultats. Néanmoins ils doivent accorder la priorité au suivi, à courte échéance, du processus de mise en oeuvre du programme, c'est à dire au monitorage. La réalisation des objectifs de processus, focalisés principalement sur la

8

gestion et le fonctionnement continus et de routine , est l'étape initiale vers l'obtention de résultats à moyen et long terme. L'amélioration du monitorage des programmes représente un besoin urgent en Afrique et doit constituer la première étape du renforcement de la capacité d'évaluation des ministères de la santé.

En ce qui concerne les objectifs de processus, les responsables doivent choisir des critères ou des indicateurs capables de fournir des preuves que la mise en oeuvre du programme se déroule comme prévu. Les critères sont souvent choisis de manière à démontrer que les activités ont été menées à bien - la publication d'un cours de formation, l'installation d'un ordinateur au service des statistiques ou la reconception d'un système de supervision, par exemple. Les indicateurs de processus qui peuvent être monitorés pour suivre la progression vers une mise en oeuvre réussie, seraient par exemple le nombre des personnels formés, le pourcentage d'affiches nécessaires qui ont été imprimées et distribuées, ou le nombre de comprimés de chloroquine reçus dans l'entrepôt central. Des exemples spécifiques d'indicateurs de processus sont présentés au Tableau 2.

Tableau 2: Indicateurs pour la mise en oeuvre d'un programme de lutte contre le paludisme

Formation:	Proportion de formations sanitaires dotées d'au moins un agent de santé exerçant actuellement, qui a été formé (ou réformé) à la prise en charge des cas de paludisme au cours des trois années passées.
	Proportion des agents de santé formés au cours des trois années passées qui indiquent que leur formation comprenait des exercices supervisés de prise en charge de cas de paludisme
Supervision:	Proportion du personnel supervisé indiquant au moins une visite de leur superviseur au cours des trois mois précédents.
	Proportion du personnel supervisé au cours des trois mois précédents indiquant que la visite comprenait l'observation des interactions avec les patients atteints de fièvre.
Système d'information sur la santé:	Proportion des rapports (des formations sanitaires aux districts, des districts au niveau national) reçus dans les délais impartis.
	Proportion de responsables au niveau des districts indiquant avoir reçu une rétroinformation sur leurs rapports d'information sur la santé dans les trois mois qui ont suivi la soumission du rapport.
Médicaments:	Proportion de médicaments antipaludéens commandés par les formations sanitaires périphériques avant été expédiées de l'entrepôt central.
Education pour la santé:	Proportion de pourvoyeurs de soins ayant visité une formation sanitaire au cours des trois mois précédents et indiquant que l'agent de santé a expliqué expliquant comment administrer le médicament antipaludéen à domicile.

Résultats des programmes. Les exemples d'indicateurs de résultats suivants portent sur la prise en charge des cas et la prévention du paludisme; les indicateurs spécifiques varient en fonction des objectifs des programmes de chaque pays.

Prise en charge des cas. La prise en charge des cas est une intervention prioritaire dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne car elle représente le moyen le plus direct et le plus facilement réalisable de diminuer la morbidité et la mortalité dus au paludisme. La prise en charge adéquate des cas de paludisme représente un processus complexe.[10,11] Les prestataires de soins doivent établir un diagnostic correct, prescrire un traitement conforme aux directives nationales, éduquer les patients quant à l'observance des régimes thérapeutiques et orienter les patients au besoin. Pour atteindre les niveaux de performance désirés, les formations sanitaires doivent avoir établi des procédures bien définies et comprises (diagnostic, traitement et orientation), fourniture (matériel) et équipement adéquats, accès à un laboratoire pour une confirmation microscopique du paludisme si nécessaire, et directives et médicaments standards pour la prise en charge des patients. Les agents de santé doivent par ailleurs gérer efficacement leur clinique et effectuer les tâches administratives nécessaires.

De la même manière, la prise en charge des patients à domicile implique que le patient ou la personne qui en a la charge puisse reconnaître les symptômes dangereux, prendre les mesures recommandées pour initier un traitement à domicile ou la prise de contact avec des services de santé et observer le régime thérapeutique prescrit. Une prise en charge appropriée à domicile nécessite par conséquent l'accès aux médicaments anti-paludéens.

Des exemples d'indicateurs pour la prise en charge de cas figurent au Tableau 3.

Tableau 3: Indicateurs de résultats pour la prise en charge des cas de paludisme

Performance de l'agent de santé:

Diagnostic:	Proportion de patients vus par l'agent de santé et satisfaisant les critères nationaux de diagnostic du paludisme qui ont été correctement diagnostiqués.
Traitement:	Proportion de patients diagnostiqués comme ayant le paludisme par l'agent de santé à qui un traitement a été prescrit conformément à la politique nationale.
Education du patient:	Proportion de patients diagnostiqués comme ayant le paludisme par l'agent de santé à qui on a expliqué le régime thérapeutique à suivre.
Orientation:	Proportion de patients vus par l'agent de santé, et satisfaisant les critères nationaux d'orientation, qui ont été correctement orienté.

Tableau 3 continue

Performance du patient/pourvoyeur de soins à domicile:

Détection: Proportion pourvoyeurs desoins qui déclarent qu'une fièvre chez un enfant nécessite un traitement rapide.

Action: Proportion d'enfants fébriles observés dans les formations sanitaires dont les pourvoyeurs desoins indiquent que l'enfant a été traité à domicile ou admis dans une formation sanitaire, dans les 24 heures qui ont suivi l'accès de fièvre.

Observance: Proportion pourvoyeurs desoins enfants fébriles vus dans une formation sanitaire au cours des deux semaines précédentes qui déclarent que l'enfant a complété le traitement recommandé au niveau national.

Approvisionement des formations sanitaires:

Directives de prise en charge: Proportion de formations sanitaires dont les agents de santé peuvent montrer un exemplaire écrit des directives nationales pour la prise en charge des cas de paludisme.

Approvisionement: Proportion des formations sanitaires ayant les approvisionement nécessaires (au moins un thermomètre en bon état de marche, par exemple).

Orientation: Proportion de formations sanitaires dont les agents de santé peuvent identifier le centre le plus proche vers lequel orienter les patients.

Accès à *un laboratoire:* Proportion de formations sanitaires où une confirmation microscopique du paludisme est possible dans un délai de deux heures.

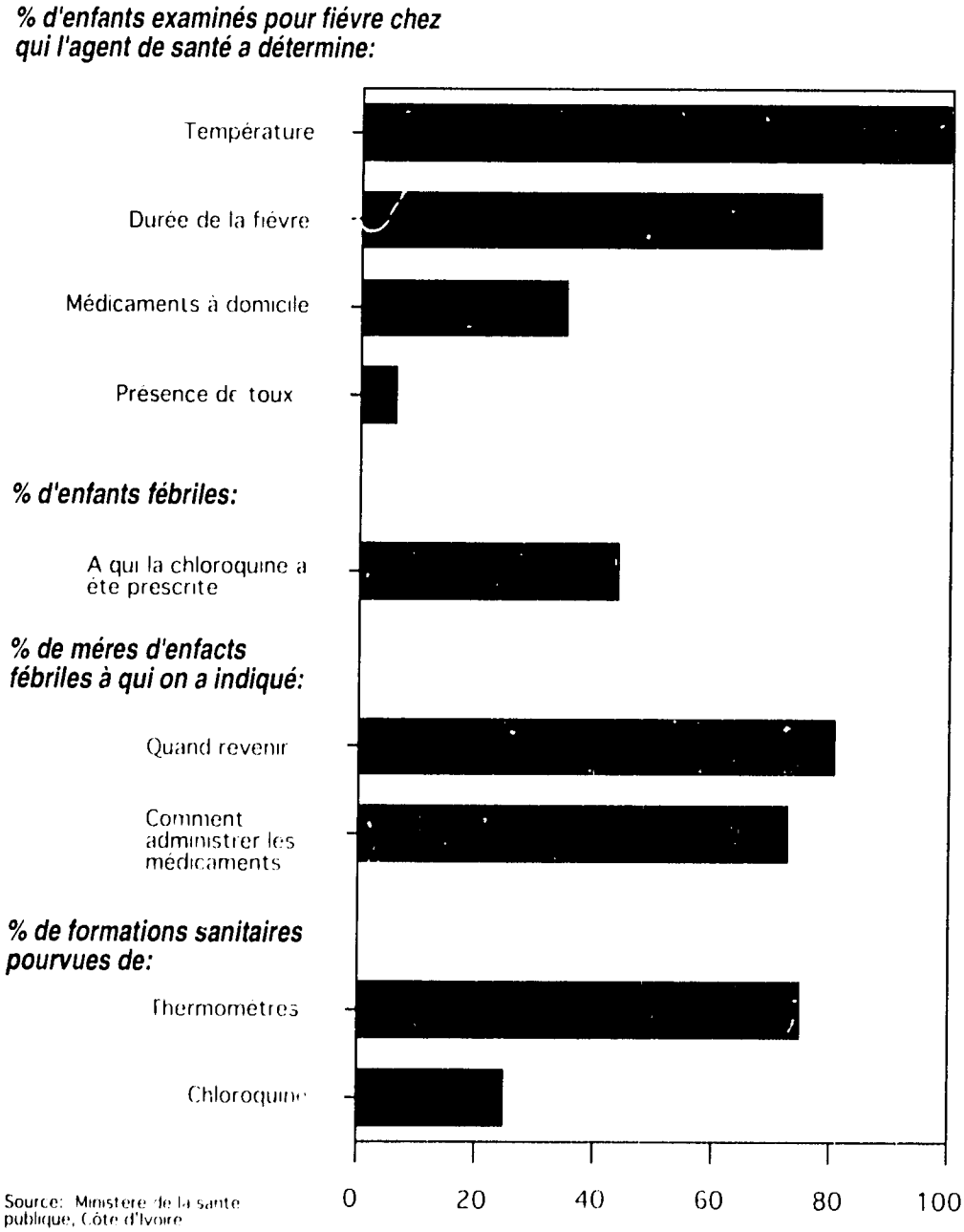
Médicaments: Proportion de formations sanitaires indiquant que les stocks de médicaments antipaludéens disponibles au cours des trois mois précédents ont suffi pour traiter correctement tous les patients au cours de cette période.

Ressources de la communauté/du domicile:

Médicaments: Proportion de patients à qui on a prescrit des médicaments antipaludéens, qui peuvent indiquer où se procurer une dose thérapeutique intégrale, à un prix qu'ils jugent raisonnable.

A la figure 2, les résultats collectés à partir d'une enquête sur la prise en charge du paludisme en Côte d'Ivoire effectuée en 1991 dans les formations sanitaires mettent en lumière la façon dont les indicateurs de résultats peuvent attirer l'attention des responsables sur les problèmes opérationnels spécifiques. Dans ce cas par exemple, des pénuries de chloroquine dans les formations sanitaires ont limité la capacité des agents de santé à administrer sur place un traitement avec des médicaments antipaludéens; cette évaluation a permis aux instances ivoiriennes de réagir et de corriger la situation.[12]

FIGURE 2: PRISE EN CHARGE DE CAS D'ENFANTS FÉBRILES (N = 47) OBSERVÉS EN UN JOUR SUR UN ÉCHANTILLON ALÉATOIRE DE 39 FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES DE CÔTE D'IVOIRE, 1991.



Source: Ministere de la sante publique, Côte d'Ivoire

Prévention. Les trois principales stratégies concernant la prévention du paludisme sont la chimioprophylaxie, les mesures de protection personnelles et la lutte antivectorielle. Des exemples d'indicateurs de résultats concernant les objectifs de prévention sont présentés au tableau 4.

Tableau 4: Indicateurs de résultats pour la prévention du paludisme

Chimioprophylaxie:	Proportion de femmes ciblées indiquant à l'accouchement avoir achevé un programme complet de chimioprophylaxie conformément à la politique nationale.
	Proportion de consultations prénatales ayant en stock les médicaments antipaludéens recommandés pour la chimioprophylaxie.
Protection personnelle:	Proportion de foyers ciblés pour l'utilisation de moustiquaires imprégnées indiquant qu'ils ont un accès facile à des moustiquaires.
	Proportion de foyers ciblés pour l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides ayant au moins une moustiquaire imprégnée par lit (ou l'équivalent local).
	Proportion de foyers ciblés dotés de moustiquaires imprégnées où on a constaté l'emploi routinier de moustiquaires imprégnées.
	Proportion de foyers ciblés dotés de moustiquaires imprégnées qui indiquent qu'une imprégnation a été effectuée au cours des 6 mois précédents (ou de l'intervalle prescrit entre imprégnations).
Lutte antivectorielle:	Proportion de domiciles ciblés ayant été aspergés au cours d'un cycle d'aspersion.
	Proportion de centres de santé et d'assainissement dotés (a) des insecticides sélectionnés par la politique nationale. (b) d'un nombre suffisant de pompes à aspersion en état de marche. (c) d'un personnel correctement formé. (d) de ressources de transport ayant permis d'achever le cycle précédent d'aspersion, comme indiqué par le personnel sur le terrain responsable de l'aspersion. e) proportion de foyers ciblés indiquant avoir reçu un message informatif sur la réduction des gîtes au cours de l'année passée.

Impact du programme. Une évaluation de l'impact des programmes de lutte contre le paludisme sur la mortalité et la morbidité en Afrique est rendue difficile par l'absence d'une définition uniforme du paludisme, et dans un moindre degré par des capacités inadéquates en matière de diagnostic et de laboratoire. En outre, la majorité de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme en Afrique se produit dans la communauté et n'est pas observée et rapportée par les systèmes de surveillance de routine ou sentinelles reposant sur les formations sanitaires.[13] Les systèmes de surveillance basés sur les formations sanitaires ne sont par conséquent que d'une utilité restreinte comme source de données pour les indicateurs dans beaucoup de pays. En dépit de ces restrictions, les objectifs de la plupart des programmes de lutte contre le paludisme demeurent la diminution de la mortalité, et ceux-ci devraient être reflétés par l'inclusion d'objectifs d'impact dans les politiques et plans d'action des programmes nationaux. Jusqu'à ce que l'on puisse prendre des mesures significatives de l'impact, une plus grande attention devra se porter sur l'évaluation soigneuse des résultats intermédiaires des activités du programme qui sont censées être liées à la morbidité et la mortalité.

Des exemples d'indicateurs d'impact sont présentés au Tableau 5, où l'on a souligné ceux qui peuvent être obtenus de façon routinière. Les responsables de programmes peuvent parfois plus facilement interpréter les données d'impact quand plusieurs indicateurs sont examinés à la fois. Il arrive fréquemment que des données disponibles, telles que celles sur les visites de soins externes, les hospitalisations ou les décès imputés au paludisme soient difficiles à interpréter individuellement mais puissent être renforcées par des informations supplémentaires. Par exemple, une hausse des hospitalisations pour paludisme est plus fiable si elle est corroborée par une augmentation parallèle des visites de patients en soins externes, ou si une augmentation de l'utilisation des formations peut être exclue par l'absence d'augmentation du total des hospitalisations.[14] Une autre stratégie utile servant à identifier et à interpréter les fluctuations des dénominateurs des indicateurs, est le recours aux "maladies témoins", non liées au paludisme, comme indicateurs de la sensibilité du système d'enregistrement des maladies. La varicelle s'est avérée une "maladie témoin" utile au Burundi et au Rwanda.[15]

Tableau 5: Indicateurs d'impact du programme de lutte contre le paludisme

Morbidité:

Patients diagnostiqués comme ayant le paludisme dans les formations sanitaires publiques en un an.*
Proportion d'enfants diagnostiqués comme ayant le paludisme sur le nombre de patients vus dans les formations sanitaires publiques.
Proportion de la population indiquant qu'ils ont eu un accès de fièvre au cours des deux semaines précédentes.
Patients atteints de paludisme confirmé microscopiquement vus dans les formations sanitaires d'orientation en un an.
Proportion d'enfants gravement anémiques sur les enfants admis dans les formations sanitaires.
Proportion de nouveaux-nés accouchés dans des formations sanitaires ayant un faible poids à la naissance (<2500 g).

Mortalité:

Décès suivant une maladie compatible avec le paludisme§ survenant dans les formations sanitaires sur une période d'un an.
Décès suivant une maladie compatible avec le paludisme, confirmé microscopiquement, se produisant dans les formations sanitaires d'orientation sur une année.
Proportion du nombre total de décès dans les formations sanitaires survenant des suites d'une maladie compatible avec le paludisme‖.
Proportion de patients hospitalisés pour une maladie compatible avec le paludisme qui décèdent à l'hôpital¶.
Nombre d'enfants mourant d'une anémie grave dans des formations sanitaires sur une période d' un an.

---

* Cet indicateur ainsi que plusieurs autres figurant dans cette section ne sont pas exprimés sous forme de proportions, ce qui serait souhaitable. Le dénominateur le plus utile serait "la population servie par les formations sanitaires", mais comme dans la plupart des pays à grande endémie palustre des estimations de la population ne sont pas disponibles ou à jour, et que les taux d'utilisation des centres de soins risquent de varier avec le temps, la proportion obtenue serait imprécise.

On obtient souvent des rapports plus complets auprès des formations sanitaires publiques qu'auprès des formations sanitaires privées, mais étant donné les différences entre pays, les responsables de programmes utilisant cet indicateur devront définir les types de formations sanitaires propres à une mesure de l'indicateur.

Dans cet exemple, la mesure de l'indicateur se limite aux formations sanitaires d'orientation car il s'agit des centres où des microscopes sont le plus sûrement disponibles et qui reçoivent la majorité des cas graves de paludisme.

§ "Compatible avec le paludisme" peut se définir au niveau régional ou national, mais peut inclure une fièvre, des convulsions, un coma ou une anémie sans autre cause apparente.

‖ Cet indicateur risque d'être difficile à interpréter parce que des changements peuvent être essentiellement causés par une modification du dénominateur. Ces variations peuvent ne pas être liées au paludisme.

¶ Cet indicateur peut refléter les croyances et attitudes de la communauté liées à l'utilisation du système de santé, à la performance des agents de santé, à la qualité des soins hospitaliers ainsi qu'à la gravité ou aux résultats de la maladie.

GESTION DES ACTIVITES D'EVALUATION DES PROGRAMMES

De même que les autres éléments des programmes de lutte contre le paludisme (formation, supervision, approvisionnement, par exemple), l'évaluation doit être planifiée et mise en oeuvre en faisant appel à des principes de gestion corrects. Etant donné que l'évaluation peut-être un élément relativement nouveau pour de nombreux programmes de santé publique, le personnel du programme de lutte contre le paludisme peut n'avoir qu'une expérience limitée dans la gestion des activités d'évaluation. Nous mettons en lumière ci-dessous les défis clés à relever en ce qui concerne la gestion de l'évaluation. Avec le temps, les expériences de programmes nationaux doivent être documentées et partagées pour pouvoir identifier les approches les plus efficaces.

Développement de stratégies d'évaluation réalisables: où commencer? La plupart des programmes de lutte contre le paludisme ne disposent pas actuellement des ressources financières ou du personnel nécessaires pour concevoir et mener à bien des évaluations globales et détaillées de leurs programmes. Une approche pratique pour résoudre ce dilemme consiste à procéder par étapes, en commençant par ce qui est pour le moment possible, et en augmentant progressivement les activités d'évaluation à mesure que le programme se développe. Les programmes doivent s'employer à évaluer correctement quelques-uns de leurs éléments plutôt que d'en évaluer beaucoup de façon médiocre.

Les responsables des programmes de lutte contre le paludisme en Afrique voudront peut-être concentrer leurs efforts d'évaluation à court terme sur le processus et les résultats de la prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires du secteur public, qui constitue l'intervention prioritaire dans la plupart des pays d'Afrique. Du point de vue de l'évaluation, l'accent mis sur la prise en charge des cas dans les formations sanitaires est avantageux parce qu'il existe des méthodes relativement peu onéreuses et simples d'évaluer la qualité de la prise en charge, sur la base d'observat' ns. Ces méthodes ont été utilisées avec succès par les ministères de la santé d'Afrique, pour évaluer leurs services de soins de santé primaires.[16,17,18]

Une série limitée d'indicateurs utiles aux responsables à chaque niveau du système de santé doit être définie au sein d'un plan global d'évaluation. Ce plan doit spécifier les sources de données et la fréquence de mesure des indicateurs. Les indicateurs prioritaires varient d'un pays à l'autre en fonction des plans et des objectifs spécifiques de leurs programmes. Le Tableau 6 illustre un plan propre à un pays. Ce plan met l'accent sur la prise en charge des cas et, dans la limite du possible, sur l'utilisation des sources de routine de données des indicateurs. Dans certains pays, les systèmes de supervision risquent de ne pas fournir de données appropriées sur la performance des agents de santé; dans d'autres, les indicateurs sur l'orientation seront peut-être plus importants que ceux qui reflètent les performances de diagnostic. Les responsables doivent systématiquement sélectionner les indicateurs correspondant à leur programme dans le cadre du processus de planification.

DÉVELOPPEMENT D'UNE STRUCTURE ADMINISTRATIVE POUR L'ÉVALUATION.

Il n'existe pas de structure administrative "type" d'évaluation des programmes à l'échelle nationale. Les responsables doivent utiliser les ressources organisationnelles existantes et les expériences des autres pays et des autres programmes de santé pour concevoir un système fonctionnel. Au Nigéria, dans 30 Etats et 589 districts semi-autonomes, le ministère fédéral de la santé a développé une unité d'évaluation et de surveillance nationale des soins de santé primaires. Cette unité est chargée de concevoir un plan d'évaluation, de le tester dans des régions géographiques précises et d'entreprendre le développement de formulaires et la formation du personnel.[19] Ce niveau d'investissement, et d'intégration entre programmes n'est peut-être pas possible ni indiqué dans d'autres pays. En République centrafricaine, l'inclusion du personnel au niveau du district dans la définition de critères de prise en charge des cas, a débouché sur l'incorporation d'indicateurs de résultats dans les listes standard de contrôle de supervision nationales. Ce système est en train d'être renforcé pour pouvoir supporter l'utilisation de données d'évaluation pour le monitorage au niveau local avant qu'elles ne soient expédiées aux niveaux du district et du pays pour être utilisées dans l'évaluation et la replanification des programmes.

Sélection, formation, et supervision du personnel. Les responsables de programmes ont besoin de sélectionner, de former et de superviser le personnel chargé de mener à bien les activités d'évaluation. Ce personnel peut être un personnel supplémentaire recruté spécialement pour l'évaluation, ou être parmi les effectifs déjà existants dont les responsabilités sont modifiées pour inclure les tâches d'évaluation. Trop souvent, ces tâches d'évaluation viennent toutefois se greffer sur les responsabilités d'un personnel déjà surchargé, ne bénéficiant que d'une formation ou d'une assistance supplémentaire insuffisante.

Des actions concrètes doivent être incluses dans le plan d'action afin d'assurer la mise en oeuvre d'activités d'évaluation, telles que:

- le développement ou la modification des descriptions du travail à accomplir pour inclure les tâches d'évaluation consistant dans la collection, la gestion, l'analyse, l'utilisation et la rétroinformation des données.
- la formation du personnel chargé des tâches d'évaluation nécessaires aux différents niveaux du système de santé.
- le développement et la mise en oeuvre d'une stratégie visant à assurer la supervision des tâches d'évaluation, dont l'observation et la rétroinformation sur le lieu de travail.

Stratégies pour le contrôle de la qualité des données. Les responsables de programmes doivent garantir la qualité des résultats d'évaluation. Ceci peut se faire par le biais de revues périodiques, d'examens de registres au cours de visites de supervision, ou d'activités spécifiques de contrôle de qualité (par exemple nouveaux entretiens avec des sous-échantillons aléatoires de personnes sondées durant une enquête). Le développement de mécanismes d'assurance de la qualité constituera un point critique dans la plupart des pays en raison du manque d'effectifs formés aux méthodes de recherche et ayant des compétences analytiques.

Gestion et communication des données. Les données d'évaluation issues de différentes sources doivent être systématiquement transformées en informations utiles et d'accès facile pour pouvoir être présentées aux gestionnaires aux différents niveaux des programmes. Ceci implique des compétences dans le domaine de la gestion des données quantitatives, de l'évaluation de la qualité des données, la communication et la planification. Etant donné que la plupart des programmes tirent leurs données d'évaluation de sources les plus variées, il n'est parfois pas toujours possible de confier à ceux qui collectent et analysent les données d'origine d'effectuer les analyses et métaanalyses nécessaires à l'évaluation. Pour faciliter ce processus d'intégration celui-ci peutétre assigné à un individu ou une unité organisationnelle spécifique. Pour être efficace, cette unité a besoin d'être dotée de pouvoirs gestionnaires qui permettent d'exiger la soumission opportune des données et retravailler avec le personnel des autres programmes pour coordonner l'accès aux données et leur utilisation. Cette unité doit par ailleurs participer activement à la revue des programmes et aux activités de replanification pour garantir que les informations sont correctement interprétées et que ces besoins de données supplémentaires sont incorporés au plan d'évaluation.

Résultats de l'évaluation pour la prise de décision au niveau du programme. Même les meilleures données d'évaluation sont sans valeur si ces informations ne servent pas à la prise de décisions concernant le programme. Il arrive parfois que les données d'évaluation ne soient pas utilisées parce qu'elles sont mises à la disposition de ceux qui prennent les décisions soit trop tard, soit sous une forme inadaptée à la décision à prendre. Même quand des données appropriées sont disponibles de façon opportune, d'autres facteurs (considérations politiques, compétences et expériences individuelles, arrangements organisationnels et administratifs) risquent d'en limiter l'utilisation au niveau de la prise de décision. L'un des buts de l'évaluation est d'améliorer le processus de prises de décisions en garantissant l'utilisation des données disponibles. Ceci peut être réalisé de multiples façons, y compris par le biais d'une participation du personnel d'évaluation à la revue de programme et aux activités de planification, la préparation de résumés de données spécifiques pour la revue par ces planificateurs de programmes, et des réunions régulières entre les responsables et le personnel d'évaluation donnant lieu à des échanges d'informations et à la discussion des besoins. Les programmes nationaux de lutte contre le paludisme doivent développer à la fois un mécanisme et un échéancier pour l'inspection et la révision de leur plan d'évaluation.

CONCLUSION

L'évaluation des programmes est une condition essentielle à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des programmes de lutte contre le paludisme en Afrique. La première étape du développement d'activités d'évaluation appropriées est l'incorporation d'une stratégie d'évaluation au processus de planification du programme. Cette stratégie doit comprendre une série limitée de critères et d'indicateurs servant à évaluer le processus et les résultats de l'un ou plusieurs des objectifs prioritaires du programme. Par exemple, l'adoption de critères d'évaluation des plans et des politiques de lutte contre le paludisme ainsi que la sélection et l'utilisation d'un nombre limité d'indicateurs de processus et de résultats de la prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires sont à la portée de la plupart des pays d'Afrique.

Pour que l'évaluation aboutisse à l'amélioration des programmes de lutte contre le paludisme, elle doit être clairement définie comme étant une composante à part entière du processus de management de ces programmes. Les responsables des programmes peuvent augmenter le rendement de leurs activités d'évaluation des programmes en collaborant avec d'autres pays et avec les agences régionales et internationales pour définir des directives, des indicateurs et des méthodes appropriées. Une approche coordonnée permettra d'économiser les ressources et d'établir des comparaisons entre les diverses approches. Les responsables de programmes doivent diriger ce processus de développement et s'assurer que les activités d'évaluation produisent les informations dont ils ont besoin pour monitorer et améliorer leurs programmes sans dépenses excessives.

REMERCIEMENTS

Ce rapport reflète les contributions et les délibérations des participants à l'atelier intitulé "Planification et management des programmes de lutte contre le paludisme", effort collectif comprenant les responsables de programmes de 17 pays africains, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, aux Etats-Unis, le Bureau régional pour l'Afrique et le siège de l'Organisation mondiale de la Santé à Genève. Les auteurs remercient Carlos C. Campbell, Andrew A. Vernon, Stanley O. Foster, Steven C. Redd, Kathleen A. Parker, et Virginia Sturwold pour leurs commentaires utiles sur des projets précédents.

Tableau 6: Plan-type d'une évaluation nationale d'un programme de lutte contre le paludisme*

INDICATEUR PRIORITAIRE	SOURCE DES DONNEES	FREQUENCE
PROCESSUS:		
Proportion de formations sanitaires pourvues d'au moins un agent de santé actuellement en exercice qui a été formé (ou reformé) à la prise en charge du paludisme au cours des trois années précédentes.	Registres de formation	Annuel
Proportion du personnel ayant indiqué au moins une visite de leur superviseur au cours des trois mois précédents.	Evaluation dans les formations sanitairess	Annuel
Proportion de rapports HIS (Système d'informations de santé) (des centres aux districts, des districts à l'échelle nationale) reçus dans les délais impartis.	Registres du système d'information de la santé	Annuel
Proportion de formations sanitaires pourvues d'au moins un exemplaire de la politique nationale de lutte contre le paludisme.	Rapports des superviseurs/ Evaluation dans les centres	Annuel
RESULTATS:		
Proportion de patients observés par l'agent de santé qui satisfont aux critères nationaux du diagnostic du paludisme et qui ont été correctement diagnostiqués.	Rapports des superviseurs/ Evaluation dans les centres	Annuel
Proportion de patients diagnostiqués comme ayant le paludisme par l'agent de santé et à qui on a prescrit un traitement conforme à celui de la politique nationale.	Rapports des superviseurs/ Evaluation dans les centres	Annuel
Proportion de responsables de centres ayant indiqué que les stocks de médicaments antipaludéens de la clinique au cours des trois mois précédents suffisaient au traitement adéquat de tous les patients.	Rapports des superviseurs/ Evaluation dans les centres	Trimestriel/ Annuel
Proportion de patients diagnostiqués comme ayant le paludisme par l'agent de santé ayant qui reçoivent une explication du régime thérapeutique.	Rapports des superviseurs/ Evaluation dans les centres	Annuel
Proportion des pourvoyeurs de soins d'enfants fébriles observés dans les formations sanitaires des peuvent indiguer ayant indiqué que l'enfant avait été traité à domicile ou transféré à un centre dans un délai de 24 heures après l'accès de fièvre.	Entretiens à l'arrivée	Annuel
IMPACT:		
Patients diagnostiqués comme ayant le paludisme dans les formations sanitaires publiques au cours d'une année.	Système d'informations de santé	Annuel
Proportion d'enfants diagnostiqués comme ayant le paludisme sur les patients observés dans des formations sanitaires publiques.	Système d'informations de santé	Annuel
Décès des suites d'une maladie compatible avec au paludisme dans des formations sanitaires sur une période de un an.	Système d'informations de santé	Annuel

*Ce plan et les indicateurs sélectionnés sont ici à titre d'illustration. Les indicateurs prioritaires doivent être sélectionnés par les responsables de programmes en fonction des objectifs du programme, des ressources pouvant être mesurées, et du niveau de développement du programme.

20

REFERENCES

1. Brinkman U, Brinkman A. Paludisme et santé en Afrique: situation actuelle et tendances épidémiologiques. Trop Med Parasitol 42:204-213, 1991.(Edité en anglais)

2. Stratégie globale de lutte contre le paludisme. Document CTD/MCM/92.3 de l'OMS. Genève: OMS, 1992.(Publié en anglais)

3. Cronbach LS, et al. Vers la réforme d'une évaluation des programmes. San Francisco: Jossey Bass, 1980.(Publié en anglais)

4. Heymann DL, et al. Evaluation des programmes contre le SIDA. Tiré de: Lamptey P, Piot P, éds. Livret pour la prévention du SIDA en Afrique. Durham, Caroline du Nord: Family Health International, 1990, pp. 203-210.(Publié en anglais)

5. Organisation mondiale de la Santé. Evaluation des programmes de santé: principes directionnels pour son application au processus de gestion du développement de la santé nationale. Genève: OMS, 1981.(Publié en anglais)

6. Breman JG, Campbell CC. Lutte contre le paludisme grave chez les jeunes Africains. Bull OMS 66(5):611-620, 1988.(Publié en anglais)

7. Bien que souhaitable, le fait qu'un objectif puisse être mesuré, ne justifie pas à lui seul la sélection d'un indicateur en l'absence des deux critères précédents.

8. Campbell DT, Stanley JC. Conceptions expérimentales ou quasi-expérimentales de recherche. Chicago: Rand McNally, 1963.(Publié en anglais)

9. Fisher AA, et al. Livret sur la conception de recherches sur les opérations de planning familial. 2ème éd. New York: The Population Council, 1991.(Publié en anglais)

10. Organisation mondiale de la Santé. Chimiothérapie pratique contre le paludisme. Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Série 805 des rapports techniques de l'OMS. Genève: OMS, 1990.(Publié en anglais)

11. Division de la lutte contre les maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé. Paludisme grave et complications (2ème édition). Trans Roy Soc Trop Med Hygiene, 84(Supp 2): 1-65, 1990.(Publié en anglais)

12. Traore M. Evaluation de l'impact des formations et des besoins en formation des person nels de santé, fév 1991. Ministère de la santé et de la protection sociale, Côte d'Ivoire, 1991.(Publié en français)

13. Greenwood BM, Bradley AK, Greenwood AM et al. Mortalité et morbidité causées par le paludisme chez les enfants d'une zone rurale de la Gambie, Afrique de l'Ouest. Trans Roy Soc Trop Med Hygiene 81:478-86, 1987.(Publié en anglais)

14. Greenberg AE, et al. Surveillance en hôpital de la morbidité et de la mortalité pédiatrique liée au paludisme à Kinshasa, Zaïre. Bull OMS 97(2):189-96, 1989.(Publié en anglais)

15. Communication personnelle, Stanley O. Foster.(Publié en anglais)

16. Programme pour le contrôle des maladies diarrhéiques. Enquête sur la prise en charge dans les formations sanitaires: directives. Genève: OMS, 1990.(Publié en anglais)

17. Bryce J, et al. Evaluation de la qualité des services de survie des enfants dans les formations sanitaires. Health Policy and Planning, 7(2):155-163, 1992.(Publié en anglais)

18. PRICOR. L'évolution de l'approche en recherche opérationnelles de PRICOR. PRICOR Child Survival Report, 3(1), 1990.(Publié en anglais)

19. Division du monitoring et de l'évaluation, service des soins de santé primaires, Ministère fédéral de la santé. Monitoring des services de soins de santé primaires au Nigéria. Nigeria Bulletin of Epidemiology 2(1):17-21, 1992.(Publié en anglais)