

AFRICA CHILD SURVIVAL INITIATIVE
COMBATting CHILDHOOD COMMUNICABLE DISEASES
(ACSI-CCCD)

PN-ACB-228

**LUTTE CONTRE LE PALUDISME DANS
LA REGION AFRICAINE:
GUIDE POUR L'EVALUATION DES
PROGRAMMES NATIONAUX**

MARIANNE BARUTWANAYO,
DIAWARA BASSALIA,
ANDRÉ BIRABUZA,
CHARLES DELACOLLETTE,
MOUSSA KEITA,
NESTOR MADJI,
A. SIDEYE MAIGA*,
HAMISSOU MAOUDE,
HILAIRE NDIHOKUBWAYO,
JOSEPH NIANGUE,
SIDI MOHAMED O. MOHAMED LEMINE,
E-DIEUDONNÉ YAZIPO
* ED. PRINCIPAL

EN COLLABORATION AVEC
L'ORGANISATION MONDIALE DE SANTÉ

BUJUMBURA, BURUNDI
SEPTEMBRE 1993



UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
Africa Regional Project (698-0421)



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



Ce 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 Américaine 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.

Ce document a été préparé par les participants de l'atelier et l'équipe du projet ACSI-CCCD, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et ne reflète pas nécessairement les idées et opinions des CDC ou de l'A.I.D. Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que leurs auteurs,

La reproduction partielle ou intégrale de ce document à des fins non-commerciales est autorisée avec mention de la source.

Des copies supplémentaires en anglais (catalog # 099-4243)
ou en français (099-4244) sont disponibles à:

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

Lutte Contre Le Paludisme Dans La Region Africaine:

Guide Pour L'Evaluation Des Programmes Nationaux

Marianne BARUTWANAYO, Diawara BASSALIA, André BIRABUZA,
Charles DELACOLLETTE, Moussa KEITA, Nestor MADJI,
A. Sideye MAIGA*, Hamissou MAOUDE, Hilaire NDIHOKUBWAYO,
Joseph NIANGUE, SIDI MOHAMED O. Mohamed Lemine, E-Dieudonné YAZIPO

Bujumbura, Burundi
Septembre 1993

* Editeur Principal

En collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé

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

I. Introduction

Le paludisme constitue un des plus graves problèmes de santé publique dans la Région Africaine. Un million de décès dus au paludisme y surviennent chaque année chez les enfants de moins de 5 ans. La morbidité et la mortalité palustres ne cessent d'augmenter avec l'apparition d'épidémies souvent meurtrières et l'extension continue de la résistance des parasites à la chloroquine et aux autres antipaludiques.

Face à ce fléau, les actions menées par les différents pays n'ont souvent pas eu l'impact souhaité. Pour améliorer l'efficacité de ces opérations, un processus de rationalisation de la lutte a été entamé par un groupe de pays concernés.

Quelles en ont été les principales étapes?

- En juin 1991 à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), un groupe d'experts africains réunis sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avec l'appui des Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies (CDC) des Etats-Unis d'Amérique, dégagait les grands axes des politiques de lutte antipaludique.
- En mai 1992 à Abidjan (Côte d'Ivoire), le même groupe technique examinait la mise en oeuvre de ces politiques à travers le développement de plans d'actions nationaux.
- En mars 1993 à Brazzaville (Congo), une réunion de travail de l'OMS proposait des directives pour l'évaluation des programmes et la mise en place de systèmes d'information sanitaire dans le cadre de la surveillance du paludisme. Cette réunion entrait dans le cadre de la stratégie globale de lutte contre le paludisme définie durant la Conférence des Ministres à Amsterdam en Octobre 1992.
- En septembre 1993, une réunion de travail tenue à Bujumbura s'est penchée sur l'élaboration du présent document. Cette réunion a rassemblé 12 responsables travaillant dans les programmes de 7 pays d'Afrique francophone qui ont, sur la base de leurs expériences nationales, développé une approche pratique de l'évaluation des programmes de lutte contre le paludisme.

L'évaluation des programmes de santé publique, se définissant comme «la collecte et l'utilisation systématique des données visant à améliorer les programmes de santé et à orienter l'affectation de leurs ressources», reste un élément fondamental pour les programmes de lutte contre le paludisme.

Introduction

La rencontre de Bujumbura a également défini une approche de l'évaluation qui se caractérise par les points suivants:

- L'évaluation doit être la responsabilité des responsables de programmes à tous les niveaux, et doit être conduite par conséquent depuis l'intérieur du programme.
- Elle doit être partie intégrante du programme, conduite à intervalles réguliers, utilisant des méthodes et des indicateurs pertinents, en accord avec les objectifs, les activités et les ressources du programme.
- Elle doit être envisagée comme un instrument essentiel de gestion des programmes permettant la détection précoce des problèmes et leurs solutions.

L'évaluation, vue sous cet angle, complète utilement l'approche traditionnelle basée sur des évaluations à intervalles espacés, effectuées par des experts extérieurs au programme.

Ce guide vise non seulement à faciliter et à encourager l'évaluation interne, mais aussi à renforcer les compétences des responsables dans ce domaine. Il met à la disposition du responsable de programme africain des indicateurs clés compatibles au contexte africain. Ces indicateurs sont accompagnés de commentaires qui visent à justifier leur sélection et à faciliter leur utilisation.

II. L'Évaluation et Ses Principes

A. Types d'évaluation. On distingue plusieurs types d'évaluation :

- 1) ***L'évaluation de la mise en oeuvre du programme.*** Ce type d'évaluation (également appelé monitoring) permet de mesurer l'exécution des activités nécessaires pour la mise en oeuvre.
- 2) ***L'évaluation de l'efficacité du programme.*** C'est celle qui est l'objet de ce document. Elle mesure au moyen d'indicateurs les progrès du programme vers deux types d'objectifs: a) les objectifs d'impact consistant dans une diminution de la morbidité et de la mortalité palustres qui résultent des activités du programme; et b) les objectifs de résultats liés à l'amélioration des résultats fournis par le programme, tels par exemple les prestations des services de santé, ou le comportement des patients.
- 3) ***La recherche opérationnelle.*** Elle répond aux questions liées aux interventions et services du programme, par exemple le rapport coût-efficacité d'une intervention ou l'efficacité de différents antipaludiques.
- 4) ***La revue périodique du programme.*** En faisant la synthèse de toute l'information obtenue, elle vise à aider à la replanification du programme.

B. Indicateurs. Les indicateurs sont des mesures quantitatives pouvant être répétées dans le temps pour évaluer les progrès vers la réalisation des objectifs. Ils sont normalement exprimés sous forme de chiffres, de proportions, de pourcentages ou de taux. Dans certains cas bien définis, telle la présence ou l'absence d'une politique nationale ou d'un plan, l'indicateur peut être exprimé sous forme d'un «oui» ou «non».

Le choix des indicateurs doit être fonction:

- de leur validité, c'est-à-dire du degré auquel l'indicateur constitue une mesure précise et réelle du phénomène étudié
- de leur fiabilité, c'est-à-dire du degré auquel les mesures obtenues sont consistantes dans des applications diverses ou dans le temps
- de leur aptitude à détecter dans des délais raisonnables des variations résultant d'une mise en oeuvre réussie du programme
- de leur aptitude à produire des données pouvant être facilement interprétées
- de leur utilité pour orienter les modifications du programme
- de leur réalisme, en relation avec les ressources disponibles

Parmi les indicateurs utilisés dans l'évaluation de l'efficacité d'un programme, les indicateurs d'impact présentent à première vue certains avantages. Ils mesurent directement la diminution de la morbidité et de la mortalité qui sont les objectifs ultimes du programme. Cependant l'absence d'une définition clinique uniforme du paludisme, et le fait que la majorité des patients atteints de paludisme ne se présentent pas dans les formations sanitaires, diminuent l'intérêt des indicateurs d'impact. Les indicateurs de résultats par contre reposent sur des données plus fiables (telles par exemple la disponibilité des médicaments antipaludiques ou la performance des agents de santé), et mesurent des variables dont l'amélioration devrait amener une diminution de l'impact épidémiologique du paludisme. Pour cette raison, les indicateurs de résultat semblent actuellement être préférables aux indicateurs d'impact pour l'évaluation et la gestion des programmes.

C. Choix des 12 indicateurs clés. La plupart des programmes africains de lutte contre le paludisme partageant les mêmes préoccupations, nous avons sélectionné un nombre restreint d'indicateurs clés, qui permettront aux responsables nationaux d'évaluer leur programme et de partager leurs expériences. Ces indicateurs couvrent certains aspects essentiels de la lutte contre le paludisme en Afrique sub-saharienne et constituent une charpente commune utilisable par la plupart des programmes. A partir de cette charpente, les divers programmes nationaux pourront développer des indicateurs supplémentaires mieux adaptés à leurs préoccupations et leurs circonstances.

Ces 12 indicateurs clés, bien qu'imparfaits, satisfont le mieux possible les critères de choix mentionnés plus haut. Ils ont été choisis sur la base des expériences des responsables et à la suite de tests sur le terrain au Burundi.

III. Indicateurs Clés pour l'Évaluation des Programmes Nationaux de Lutte contre le Paludisme

A. Indicateurs d'impact du programme

1. <i>Morbidité attribuée au paludisme</i> Cas de paludisme diagnostiqués dans les groupes cibles dans les formations sanitaires par année
2. <i>Morbidité proportionnelle attribuée au paludisme</i> Cas de paludisme diagnostiqués dans les groupes cibles dans les formations sanitaires par année divisé par Cas de maladies, toutes causes confondues, diagnostiqués dans les groupes cibles dans les formations sanitaires par année
3. <i>Mortalité hospitalière attribuée au paludisme</i> Décès attribués au paludisme dans les groupes cibles rapportés dans les hôpitaux par année
4. <i>Mortalité proportionnelle hospitalière attribuée au paludisme</i> Décès attribués au paludisme dans les groupes cibles rapportés dans les hôpitaux par année divisé par Décès, toutes causes confondues, dans les groupes cibles rapportés dans les hôpitaux par année

B. Indicateurs de résultats du programme

5. <i>Diagnostic de la fièvre</i> Patients dans les groupes cibles se présentant aux formations sanitaires chez qui l'agent de santé a déterminé s'ils ont eu de la fièvre à un moment quelconque durant les 3 derniers jours divisé par Patients dans les groupes cibles se présentant aux formations sanitaires
6. <i>Disponibilité de diagnostic microscopique correct</i> Formations sanitaires faisant un diagnostic microscopique du paludisme dans lesquelles un diagnostic correct est fait dans plus de 90% des lames examinées divisé par Formations sanitaires faisant un diagnostic microscopique du paludisme
<i>Traitement dans les formations sanitaires</i> Cas de paludisme non compliqué diagnostiqués dans les groupes cibles traités en conformité avec la politique nationale dans les formations sanitaires divisé par Cas de paludisme non compliqué diagnostiqués dans les groupes cibles dans les formations sanitaires

8. *Consultation précoce des enfants fébriles*

Mères d'enfants fébriles vus en consultation dans les formations sanitaires
qui disent que la fièvre a commencé durant les dernières 24 heures

divisé par

Mères d'enfants fébriles vus en consultation dans les formations sanitaires

9. *Disponibilité en antipaludiques*

Formations sanitaires couvertes par le programme
sans rupture de stock d'antipaludiques durant une période donnée

divisé par

Formations sanitaires couvertes par le programme

10. *Chimioprophylaxie durant la grossesse*

Primipares déclarant durant la première visite post-natale
qu'elles ont suivi la chimioprophylaxie selon la politique nationale

divisé par

Primipares faisant leur première visite post-natale

11. *Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides*

Sujets des groupes cibles déclarant qu'ils ont dormi
sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente

divisé par

Sujets des groupes cibles

12. *Rapidité du système d'information sanitaire*

Formations sanitaires dont les rapports mensuels sur les cas de fièvre et les décès
sont reçus au niveau supérieur dans les 10 jours suivant la fin du mois correspondant au rapport

divisé par

Formations sanitaires

C. Indicateurs de processus du programme

Les indicateurs de processus, bien qu'essentiels pour évaluer la mise en oeuvre de chaque programme, n'ont pas été développés dans ce document. Dans la mesure où la mise en oeuvre diffère d'un programme à l'autre, chaque pays devra élaborer les indicateurs qui lui seront les plus utiles et les plus réalistes.

D. Commentaires sur les indicateurs clés

Notes générales

- Les groupes cibles sont déterminés dans la politique de chaque pays. Dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, les enfants de moins de 5 ans constituent le groupe cible prioritaire.
- La plupart de ces indicateurs contiennent un dénominateur se référant à des populations totales (par exemple, «formations sanitaires», «mères»). Au besoin, les indicateurs seront mesurés dans des échantillons représentatifs judicieusement choisis de cette population totale.

1. *Morbidité attribuée au paludisme*

Cas de paludisme diagnostiqués dans les groupes cibles dans les formations sanitaires par année

Cet indicateur vise à mesurer le poids du paludisme en terme de maladie et de coût socio-économique. Il peut fournir une idée des tendances de la morbidité palustre, en particulier quand il est interprété en combinaison avec l'indicateur de morbidité proportionnelle. Comme tous les indicateurs d'impact, il peut justifier la nécessité et l'importance du programme de lutte contre le paludisme.

Les données relatives à cet indicateur peuvent s'obtenir dans les rapports de routine des systèmes d'information sanitaire. Les critères diagnostiques du paludisme et les groupes cibles sont établis dans la politique nationale de chaque pays.

La fiabilité et la validité de cet indicateur sont limitées car les critères de diagnostic du paludisme peuvent varier entre différents pays ou même entre différents agents de santé dans le même pays.

Cet indicateur (ainsi que l'indicateur sur la mortalité absolue) n'est pas exprimé sous forme de proportion, comme cela aurait été désirable. Le dénominateur le plus utile aurait été «les groupes cibles desservis par les formations sanitaires», mais comme dans la plupart des pays endémiques les estimations de populations ne sont pas disponibles ou à jour et les taux d'utilisation des formations sanitaires peuvent varier dans le temps, les proportions obtenues seraient imprécises.

Alors que l'incidence annuelle est utilisée d'habitude pour les rapports de morbidité, d'autres périodes de rapport peuvent être choisies si elles s'avèrent préférables pour la gestion et l'évaluation du programme.

2. Morbidité proportionnelle attribuée au paludisme

Cas de paludisme diagnostiqués dans les groupes cibles dans les formations sanitaires par année
divisé par

Cas de maladies, toutes causes confondues, diagnostiqués dans les groupes cibles dans les formations sanitaires par année

Cet indicateur aide les responsables à planifier leurs programmes et à prévoir les ressources nécessaires pour les soins liés au paludisme. Quand il est interprété en combinaison avec les chiffres de morbidité absolue, il peut donner une idée des tendances générales. Ses limitations sont similaires à celles décrites pour l'indicateur précédent.

3. Mortalité hospitalière attribuée au paludisme

Décès attribués au paludisme dans les groupes cibles rapportés dans les hôpitaux par année

Cet indicateur vise à mesurer l'impact ultime du paludisme (la mortalité). Les données nécessaires sont fréquemment disponibles dans les systèmes d'information sanitaire. Les données obtenues dans les formations sanitaires de référence fournissant un diagnostic plus correct, la fiabilité de cet indicateur est probablement meilleure que celle des indicateurs de morbidité. Néanmoins, dans la plupart des pays l'indicateur n'enregistrera qu'une fraction des décès totaux dus au paludisme, dont la plupart surviennent en dehors des formations sanitaires. Les enquêtes de mortalité dans les communautés (par exemple par autopsie verbale) pourraient fournir un complément d'information, mais sont coûteuses et les données obtenues ne sont pas nécessairement fiables.

Un autre problème de fiabilité est que le paludisme peut entraîner la mortalité par anémie sévère, coma, ou d'autres conditions qui ne seront pas nécessairement rapportées comme étant dues au paludisme. De telles erreurs de classification pourraient être réduites en revisant les systèmes de classification diagnostique utilisés dans les rapports de mortalité.

Deux autres aspects de l'impact du paludisme non retenus comme indicateurs clés sont le paludisme sévère et la léthalité hospitalière. Le paludisme sévère ne constitue pas une catégorie diagnostique distincte dans la plupart des systèmes d'information sanitaire en Afrique, et il serait par conséquent difficile d'obtenir les données correspondantes. La léthalité hospitalière est influencée par plusieurs facteurs (accès aux services de santé, facteurs culturels influençant le lieu du décès, et, plus particulièrement, qualité des soins), et par conséquent est d'une validité limitée.

4. Mortalité proportionnelle hospitalière attribuée au paludisme

Décès attribués au paludisme dans les groupes cibles rapportés dans les hôpitaux par année
divisé par
Décès, toutes causes confondues, dans les groupes cibles rapportés dans les hôpitaux par année

Cet indicateur aide les responsables à planifier les interventions nécessaires pour améliorer la prise en charge des cas et la prévention du paludisme.

5. Diagnostic de la fièvre

Patients dans les groupes cibles se présentant aux formations sanitaires
chez qui l'agent de santé a déterminé s'ils ont eu de la fièvre à un moment quelconque durant les 3 derniers jours
divisé par
Patients dans les groupes cibles se présentant aux formations sanitaires

La prise en charge des cas est une intervention prioritaire dans la plupart des programmes de lutte contre le paludisme en Afrique, et comprend quatre composantes: diagnostic, traitement, conseils au patient et orientation. Cet indicateur fournit aux responsables une information sur un aspect fondamental du diagnostic clinique du paludisme, selon les critères établis par l'OMS: la détermination par l'agent de santé d'une fièvre actuelle ou dans le passé récent. Le paludisme étant une cause fréquente et potentiellement fatale, mais traitable, de fièvre en Afrique, il faudrait déterminer chez tout consultant appartenant à un groupe cible, s'il ne souffre pas ou n'a pas récemment souffert d'une fièvre. Tout contact avec le système sanitaire par un membre du groupe cible devrait par conséquent être utilisé comme une occasion d'identifier et de traiter la fièvre, la manifestation clinique primordiale du paludisme.

Cet indicateur, mesuré par l'observation des agents de santé dans les formations sanitaires, est sujet aux biais inhérents à cette méthode. En particulier, les agents de santé pourraient fournir une performance meilleure que d'habitude du fait qu'ils sont observés.

6. Disponibilité de diagnostic microscopique correct

Formations sanitaires faisant un diagnostic microscopique
du paludisme dans lesquelles un diagnostic correct est fait dans plus de 90% des lames examinées
divisé par
Formations sanitaires faisant un diagnostic microscopique du paludisme

Cet indicateur vise à mesurer la qualité du diagnostic microscopique, une composante importante dans le diagnostic des échecs thérapeutiques et du paludisme grave. Les données correspondantes peuvent être obtenues par un réexamen par des techniciens bien formés des lames déjà lues par le personnel des formations sanitaires, et arrivant sur la base de critères prédéterminés à un jugement sur la qualité globale du diagnostic. La disponibilité de personnel pour le ré-examen est le facteur limitant principal dans la mesure de l'indicateur.

Le seuil recommandé, plus de 90% des diagnostics corrects, pourrait être modifié selon les programmes. De même, chaque pays définira ses critères pour le diagnostic microscopique (simple distinction entre échantillons positifs et négatifs, ou classification par espèces, stades et densités parasitaires).

7. Traitement dans les formations sanitaires

Cas de paludisme non compliqué diagnostiqués dans les groupes cibles
traités en conformité avec la politique nationale dans les formations sanitaires

divisé par

Cas de paludisme non compliqué diagnostiqués dans les groupes cibles dans les formations sanitaires

Cet indicateur vise à évaluer la qualité du traitement du paludisme non compliqué dans les formations sanitaires. Les données correspondantes peuvent s'obtenir au cours d'observations de prestations du personnel de santé.

Durant les observations, il faudra s'assurer que les cas observés sont représentatifs des cas fébriles se présentant dans les formations sanitaires évaluées. (Par exemple, exclure un contexte d'épidémie de rougeole).

8. Consultation précoce des enfants fébriles

Mères d'enfants fébriles vus en consultation dans les formations sanitaires
qui disent que la fièvre a commencé durant les dernières 24 heures

divisé par

Mères d'enfants fébriles vus en consultation dans les formations sanitaires

Un élément critique dans la prise en charge de cas de paludisme est le traitement rapide des cas fébriles. Les mères en particulier doivent reconnaître la fièvre comme un problème potentiellement sérieux pour leurs enfants et devraient consulter dans les 24 heures suivant le début de la fièvre. Cet indicateur vise à mesurer directement le comportement des mères dans la demande des soins (du moins les mères utilisant les formations sanitaires), et indirectement l'efficacité des efforts d'éducation pour la santé.

Bien que des mesures effectuées dans les communautés pourraient capturer les mères n'ayant pas accès aux formations sanitaires, les données des formations sanitaires peuvent être obtenues d'une manière efficace au cours d'enquêtes plus globales dans les formations sanitaires visant plusieurs indicateurs.

Les données relatives à cet indicateur dériveront d'entretiens avec les mères, spécifiquement celles dont les enfants visitent la formation pour la première fois pour la fièvre en question. Une question ouverte sera posée par l'enquêteur (par exemple, «quand la fièvre a-t-elle commencé?»), qui interprétera les réponses fournies par les mères par rapport à la durée de 24 heures.

L'indicateur souffre de biais potentiels liés à la mémoire des mères ou à leur sous-estimation systématique, dans la mesure où les mères comprennent qu'une consultation précoce est "correcte".

9. Disponibilité en antipaludiques

Formations sanitaires couvertes par le programme
sans rupture de stock d'antipaludiques durant une période donnée
divisé par
Formations sanitaires couvertes par le programme

La plupart des politiques nationales en Afrique recommandant que la première dose de traitement antipaludique soit fournie au patient durant la visite, il est important que les formations sanitaires disposent en permanence des médicaments nécessaires au traitement de tous les patients fébriles.

La rupture de stock constitue souvent un indicateur utile de la disponibilité des antipaludiques. Certaines circonstances néanmoins peuvent en entraîner une interprétation erronée. Par exemple, dans certains cas, les agents de santé pourraient rationner des stocks diminués pour assurer la disponibilité des médicaments pour certains groupes cibles, ou pour éviter les remontrances de leurs superviseurs. Dans d'autres cas, toutes les formations pourraient continuer à rapporter des ruptures de stocks malgré les efforts efficaces du programme, parce que l'indicateur n'est pas suffisamment sensible pour détecter les réductions obtenues dans la durée ou la fréquence des ruptures.

Des indicateurs alternatifs tels que le nombre de jours où tous les patients ont reçu le traitement approprié dans la formation sanitaire, ou le nombre de jours sans rupture durant une période donnée, devraient être considérés selon le niveau de développement du programme.

Les responsables devront choisir l'indicateur qui est le plus approprié au stade actuel de leur programme, et rester ouverts à la nécessité de changer d'indicateurs selon le développement de celui-ci.

10. Chimio prophylaxie durant la grossesse

Primipares déclarant durant la première visite post-natale
qu'elles ont suivi la chimio prophylaxie selon la politique nationale
divisé par
Primipares faisant leur première visite post-natale

La chimio prophylaxie durant la grossesse est une stratégie adoptée dans beaucoup de programmes en Afrique. Elle vise à diminuer l'incidence des avortements, des naissances prématurées et des faibles poids de naissance liés au paludisme, en particulier chez les primipares.

Cet indicateur a été choisi à cause de la facilité relative, du point de vue logistique, avec laquelle il peut être mesuré. Cependant, les mères peuvent ne pas être capables, ou désireuses, de rapporter correctement leur degré d'observance du régime prescrit.

Dans les pays où la politique nationale recommande une chimioprophylaxie pour toutes les femmes enceintes (et non les seules primigestes), l'indicateur devra être révisé de manière appropriée.

11. Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides

Sujets des groupes cibles déclarant qu'ils ont dormi
sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente
divisé par
Sujets des groupes cibles

Un nombre croissant de pays sont en train de promouvoir l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides, comme étant une stratégie prometteuse pour prévenir la morbidité et la mortalité palustres. Cet indicateur vise à renseigner les responsables sur le degré d'utilisation des moustiquaires imprégnées dans les groupes cibles.

La validité de la mesure de cet indicateur peut être limitée par des biais de mémorisation ou de rapport. Le biais de mémorisation a été minimisé en limitant la question à la nuit précédente. Les différents programmes nationaux peuvent, s'ils le désirent, prolonger l'intervalle de temps couvert par la question.

De même, la période durant laquelle l'enquête est menée (par exemple, période de transmission élevée ou basse) pourrait affecter l'utilisation des moustiquaires, un fait dont les programmes devraient tenir compte dans la planification des enquêtes.

12. Rapidité du système d'information sanitaire

Formations sanitaires dont les rapports mensuels sur les cas de fièvre et les décès
sont reçus au niveau supérieur dans les 10 jours suivant la fin du mois correspondant au rapport
divisé par
Formations sanitaires

L'efficacité des programmes de santé publique dépend en partie d'une rapidité raisonnable du système d'information sanitaire. Ceci est particulièrement important dans les régions présentant un potentiel pour les épidémies de paludisme, où une augmentation des cas et des décès serait le premier signal de l'émergence d'un problème. Cet indicateur vise à apprécier la vitesse à laquelle l'information parvient au niveau plus central. En précisant la date d'arrivée, l'indicateur évite le risque d'occulter des délais potentiels entre l'envoi et la réception, qui peuvent affecter la disponibilité des informations pour la prise de décision.

L'intervalle de temps proposé peut être modifié pour mieux refléter les systèmes de rapport du pays et ses besoins.

IV. Sources de Données et Méthodes

Les données relatives aux 12 indicateurs clés peuvent être obtenues par le biais de 3 méthodes, qui sont :

A. La saisie des données du système d'information sanitaire

Les quatre indicateurs d'impact peuvent être mesurés avec les rapports de routine sur la morbidité et la mortalité qui sont préparés par le système d'information sanitaire dans la plupart des pays d'Afrique. Ces indicateurs devraient être mesurés en se basant sur toutes les formations sanitaires (morbidité) ou tous les hôpitaux (mortalité) dans les pays ou les régions géographiques couverts par l'évaluation. L'indicateur mesurant la rapidité du système d'information sanitaire sera également mesuré par cette méthode.

Dans certains pays, le responsable peut décider que les données obtenues dans le système d'information sanitaire n'ont pas atteint le degré de qualité nécessaire pour servir de source aux données d'indicateurs. Dans ce cas, les données de mortalité et de morbidité peuvent être saisies directement à partir des registres ou rapports se trouvant dans les formations sanitaires. Ceci peut se faire durant les visites de supervision de routine ou par une enquête spéciale. Si les ressources ne sont pas disponibles pour obtenir ces données dans toutes les formations sanitaires, un nombre plus restreint de formations sentinelles peut être utilisé pour suivre les tendances de l'indicateur.

B. L'observation et les entretiens dans les formations sanitaires

Les données relatives aux cinq indicateurs clés concernant la qualité de la prise en charge peuvent être obtenues en visitant les formations sanitaires soit durant la supervision de routine soit durant des enquêtes spéciales. Les activités suivantes peuvent être conduites dans chaque formation sanitaire:

- réexamen de lames pour évaluer la qualité du diagnostic microscopique dans les formations sanitaires
- observation des consultations pour déterminer si l'agent de santé recherche la fièvre (par anamnèse et/ou examen clinique), et si l'agent traite correctement le patient
- entretien avec les mères pour déterminer la précocité de la consultation pour les enfants fébriles
- consultation des fiches de stock pour déterminer la disponibilité des antipaludiques

Si les données sont obtenues au cours de la supervision de routine, elles offrent une occasion de rétroinformation immédiate et d'amélioration de la performance. Les résultats peuvent être résumés périodiquement et utilisés dans l'évaluation du programme et la planification de la formation continue.

Les données peuvent également être obtenues, quand cela s'avère nécessaire, par des enquêtes spéciales. Celles-ci entraînent un coût supplémentaire et nécessitent la préparation d'un protocole et de supports d'enquête. Néanmoins, elles garantissent l'acquisition d'informations parfois indispensables qui ne peuvent être obtenues d'une autre manière. Si une enquête est conduite, le responsable devrait choisir un échantillon représentatif de formations sanitaires en se basant sur le nombre de patients fébriles du groupe cible (le plus souvent des enfants) vus dans chaque formation. Une équipe de 2-3 personnes bien formées peut visiter une formation par jour et obtenir les données nécessaires pour les indicateurs de prise en charge. Les enquêtes dans les formations sanitaires peuvent être répétées chaque année ou tous les deux ans, selon la probabilité que les activités du programme auront eue d'amener des changements dans la mesure des indicateurs.

L'indicateur concernant la chimioprophylaxie durant la grossesse est également basé sur les données obtenues dans les formations sanitaires. Les visites post-natales cependant ne sont pas nécessairement conduites aux mêmes moments et dans les mêmes lieux que les consultations pour fièvre auquel cas les données ne peuvent pas être obtenues en même temps que celles concernant la prise en charge. Le cas échéant, les techniques de collecte des données correspondant à cet indicateur devront être développées par les programmes nationaux.

C. Enquête dans les communautés

La plupart des programmes entreprennent des mesures préventives au sein des communautés, dont il importe d'évaluer les résultats. Parmi les indicateurs clés, seule l'utilisation de moustiquaires imprégnées exige une enquête dans les communautés, et l'échantillon devrait se limiter aux communautés ciblées par cette intervention. Le coût lié à cet effort pourrait être réduit en incluant les questions sur l'utilisation de moustiquaires dans d'autres enquêtes menées dans les groupes cibles par d'autres programmes.

Comme c'est le cas pour les deux autres méthodes, la périodicité des recueils des données variera selon les activités prévues dans les plans d'action des différents pays.

V. Gestion des Activités 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 corrects de gestion. Une approche pratique consiste à procéder par étapes, dans lesquelles les responsables :

- 1) définissent ou sélectionnent une série limitée d'indicateurs utiles au sein d'un plan global d'évaluation. Ce plan doit spécifier les sources de données et la fréquence de mesure des indicateurs. Le présent document vise à aider le responsable à franchir cette première étape.
- 2) conçoivent un système fonctionnel pour la gestion des activités d'évaluation. Celui-ci devrait utiliser les ressources existantes quand cela s'avère possible et les expériences des autres pays et des autres programmes de santé.
- 3) sélectionnent, forment et supervisent le personnel chargé de mener à bien les activités d'évaluation.
- 4) garantissent la qualité des résultats d'évaluation. Ceci peut se faire par le biais de revues périodiques de la qualité des données, d'examen 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).
- 5) assurent que les données d'évaluation issues de différentes sources sont systématiquement transformées en informations utiles et d'accès facile aux gestionnaires à tous les niveaux du programme.
- 6) développent à la fois un mécanisme et un échéancier pour assurer que les résultats de l'évaluation sont utilisés pour la prise de décision au niveau du programme.

VI. Conclusion

L'évaluation est une composante souvent négligée dans l'élaboration des politiques et des plans d'actions de lutte contre le paludisme. Cette situation doit être corrigée pour permettre à l'évaluation de réaliser pleinement son rôle potentiel. Cette évaluation, conçue et exécutée correctement, offre un outil puissant de gestion qui permet l'amélioration des programmes.

Cette préoccupation a été l'objet de la réunion de Bujumbura, et ceci sur deux plans. D'une part sur le plan conceptuel, la réunion a mis l'accent sur l'évaluation comme étant une activité intégrée au programme, menée par les responsables à tous les niveaux, avec une fréquence suffisamment rapprochée pour produire une rétroinformation qui permette l'amélioration continue des programmes. D'autre part sur le plan pratique, la réunion a produit ce guide proposant une douzaine d'indicateurs clés, qui couvrent les aspects essentiels de la lutte antipaludique et qui peuvent être adoptés comme éléments communs permettant à différents programmes de partager leurs expériences et de comparer leur progrès.

Le guide offre également quelques avis pratiques sur la collection des données relatives aux indicateurs clés, ainsi que sur la gestion de l'évaluation. Ces brèves considérations visent à soulever les questions de base concernant les aspects pratiques de l'évaluation. Ceux-ci demandent à être davantage développés au fur et à mesure que l'évaluation prend la place qui lui est due dans les différents programmes nationaux.

Nous invitons les responsables de programme des autres pays, ainsi que les institutions collaborant avec eux, à prendre en considération cette approche à l'évaluation et à tester, dans les conditions propres de leurs pays, les indicateurs clés proposés. Leurs réactions et commentaires, adressés aux auteurs (voir p.17) fourniront un matériel précieux pour l'effort continu dont ce document ne constitue qu'une des premières étapes - l'amélioration des programmes de lutte contre le paludisme en Afrique par des activités d'évaluation bien gérées, et à travers le partage des riches expériences des pays concernés.

Remerciements

Les auteurs remercient :

- L'Organisation Mondiale de la Santé, en particulier le Bureau Régional pour l'Afrique (Brazzaville, Congo) et son Représentant au Burundi, Dr. M.M. Hacen, pour leur appui technique et logistique
- Les Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies (CDC, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Etats-Unis d'Amérique) pour leur appui technique
- Le Gouvernement du Burundi pour avoir facilité la réussite de cette rencontre
- L'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID, United States Agency for International Development) et le Projet de Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance (CCCD, Combatting Childhood Communicable Diseases) pour leur support technique et financier
- Le personnel médical et paramédical du Burundi pour avoir mis à notre disposition leur riche expérience en matière de lutte antipaludique

Nos remerciements vont également à l'endroit des nombreux autres responsables de programmes qui, bien qu'absents à Bujumbura, ont néanmoins grandement contribué à l'effort qui a abouti à cette réunion et à ce guide.

Liste des Auteurs

Mme. Marianne BARUTWANAYO
Biologiste-Conseiller Technique
Projet Lutte Contre les Maladies
Transmissibles et Carentielles
Section Lutte contre le Paludisme
B.P. 337
Bujumbura
BURUNDI

Dr. Diawara BASSALIA
Coordonnateur National Adjoint du
Programme de Lutte Contre le Paludisme
Institut National de Santé Publique
B.P.V 47
Abidjan
COTE D'IVOIRE

Dr. André BIRABUZA
Directeur du Projet de Lutte contre
les Maladies Transmissibles et Carentielles
(LMTC)
B.P.337
Bujumbura
BURUNDI

Dr. Charles DELACOLLETTE
Conseiller Technique
Projet Lutte Contre les Maladies
Transmissibles et Carentielles
Section Lutte contre le Paludisme
B.P. 337
Bujumbura
BURUNDI

Remerciements

Dr. Moussa KEITA
Coordonnateur National de Lutte
contre le Paludisme
Ministère de la Santé Publique
et des Affaires Sociales
B.P. 817
Conakry
GUINEE

Mr. Nestor MADJI
Chef de Section Paludisme
Direction de la Médecine Préventive et
de Lutte Contre les Grandes Endémies
(DMPGE)
B.P. 783
Bangui
CENTRAFRIQUE

Dr. A. Sideye MAIGA
Coordonnateur National du Programme
Paludisme, Institut National de
Recherche en Santé Publique
(INRSP)
B.P. 1771
Bamako
MALI

Dr. Hamissou MAOUDE
Directeur des Etablissements de Soins
Directeur de Tutelle du Programme National
de Lutte Contre le Paludisme
Ministère de la Santé Publique
B.P. 623
Niamey
NIGER

Remerciements

Dr. Hilaire NDIHOKUBWAYO
Coordonnateur National du Programme
de Lutte contre le Paludisme PEV-CCCD
B.P. 337
Bujumbura
BURUNDI

Dr. Joseph NIANGUE
Coordonnateur National du Programme
de Lutte contre le Paludisme
Direction de la Santé Communautaire
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
06 B.P. 861
Abidjan 06
COTE D'IVOIRE

Dr. SIDI MOHAMED O. Mohamed Lemine
Chef de Service des Maladies Transmissibles
Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
B.P. 4636
Nouakchott
MAURITANIE

Dr. Euchèr-Dieudonné YAZIPO
Chef de Service de Lutte contre
les Grandes Endémies (DMPGE)
B.P. 783
Bangui
CENTRAFRIQUE