Organisation mondiale de la Santé

BANQUE MONDIALE

unicef

ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR ONUDC
UNICEF OIT
PAM UNESCO
PNUD OMS
UNFPA BANQUE MONDIALE

GUIDE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

VIH/SIDA, TUBERCULOSE ET PALUDISME

Deuxième édition
Janvier 2006

Table des matières

Investissons dans notre avenir
Le Fonds mondial
De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

MEASURE Evaluation

Guide de suivi et d'évaluation VIH/SIDA, tuberculose et paludisme
Annexes : Choix d'indicateurs pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme

ISBN 92–9224–036–6

Ce document est le fruit d'une collaboration entre l'OMS, l'ONUSIDA, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'USAID, le Ministère américain des Affaires étrangères, le Bureau américain de coordination de la lutte contre le SIDA (OGAC), le Centre de contrôle des maladies (CDC), l'UNICEF, MEASURE Evaluation et la Banque mondiale.

Sa réception, analyse, reproduction et traduction, totales ou partielles, sont libres mais sa vente ou son utilisation à des fins commerciales sont interdites.

Les désignations géographiques utilisées dans cette publication n'impliquent pas d'opinion ou de jugement de la part du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme sur le statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une région, sur son gouvernement ou ses pouvoirs publics ou sur la démarcation de ses frontières.

Les références à de quelconques fabricants, sociétés et autres entités ou produits n'induisent ou n'impliquent aucun cautionnement de ces derniers de la part du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Pour recevoir un exemplaire de ce rapport ou d'autres publications du Fonds mondial, envoyez vos demandes par e-mail à info@theglobalfund.org ou par courrier postal à l'adresse suivante : Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, 8 Chemin de Blandonnet, 1214 Vernier Genève, Suisse. Tél. : (+ 41) 22 791 17 00 – Fax : (+41) 22 791 17 01. Vous trouverez également ce document sur www.theglobalfund.org.

Organisation mondiale de la Santé

BANQUE MONDIALE

unicef

ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA
HCR ONUDC
UNICEF OIT
PAM UNESCO
PNUD OMS
UNFPA BANQUE MONDIALE

CDC

Investissons dans notre avenir
Le Fonds mondial
De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

MEASURE Evaluation

GUIDE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

VIH/SIDA, TUBERCULOSE ET PALUDISME

Deuxième édition
Janvier 2006

Sommaire

I. Comment utiliser le guide de S&E 5
- Pourquoi ce guide ? 5
- A qui est destiné ce guide? 5
- Que contient ce guide ? 5
- Comment utiliser ce guide ? 6
- Comment ce guide a-t-il été développé ? 6
- Mise à jour récente 6

II. Eléments de base du S&E 8

III. Concepts généraux de S&E 11
- Méthodes de collecte des données 12
- Assistance technique 14

IV. Questions fréquemment posées 15
- Questions opérationnelles 15
- Questions fréquentes à propos du guide et des communications au Fonds mondial 18

V. Cadre de reporting spécifique à chaque composante 25

VI. VIH/SIDA 26
- Tableau de sélection d'indicateurs programmatiques pour le VIH/SIDA 28
- Tableau de sélection d'indicateurs d'impact et d'effet pour le VIH/SIDA 31
- Ressources générales 35
- Assistance technique 36
- Directives et références 36

VII. Tuberculose (TB) 38
- Tableau de sélection d'indicateurs programmatiques pour la tuberculose 39
- Tableau de sélection d'indicateurs d'impact et d'effet pour la tuberculose 42
- Ressources générales 43
- Assistance technique 43
- Directives et références 44

VIII. TB/VIH 45
- Ressources générales 45
- Assistance technique 45
- Directives et références 46

IX. Paludisme 47
- Tableau de sélection d'indicateurs programmatiques pour le paludisme 48
- Tableau de sélection d'indicateurs d'impact et d'effet définis pour le paludisme 49
- Ressources générales 54
- Assistance technique 54
- Directives et références 54

X. Renforcement des systèmes de santé 57
- Tableau de séection d'indicateurs pour le renforcement des systèmes de santé 58
- Ressources générales 60
- Assistance technique 60
- Documents et directives 60

Liste des termes et abréviations utilisés

ARV	Antirétroviral
ASS	Afrique sub-saharienne
CDC	Centre de contrôle des maladies
CDI	Consommateur(s) de drogues injectables
DOTS	Traitement de courte durée de la tuberculose sous observation directe
DPS	Domaine de prestation de services
EDS	Enquête démographique et de santé
EIS	Enquête sur les indicateurs du SIDA
ESC	Enquête de surveillance des comportements
FHI	Family Health International
FMLSTP	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
FRP	Faire reculer le paludisme
HMN	Réseau de métrologie sanitaire
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IEC	Information, éducation et communication
IDSR	Surveillance intégrée des maladies et riposte
IST	Infection(s) sexuellement transmissible(s)
CAP	Comportements, attitudes et pratiques
MDR-TB	Tuberculose à bacilles multirésistants
METAT	Formation et assistance technique pour le suivi et l'évaluation
MI	Moustiquaire(s) imprégnée(s)
MICS	Enquêtes par grappes à indicateurs multiples
MIS	Enquête sur les indicateurs du paludisme
MLD	Moustiquaire(s) imprégnée(s) à longue durée
MPP	Mélange public-privé
OAC	Organisation(s) à assise communautaire
ODM	Objectif de développement du millénaire
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
OGAC	Bureau américain de coordination de la lutte contre le SIDA
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCCTB	Prise en charge communautaire de la tuberculose
PEPFAR	Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA
PNT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPE	Prophylaxie post exposition
PPR	Population la plus à risque
PRH	Pulvérisations résiduelles d'insecticide dans les habitations
PS	Professionnel (les) du sexe
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant (du VIH)
PTT	Pays très touché (en référence à la tuberculose)
PVAVS	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
RSS	Renforcement des systèmes de santé
S&E	Suivi et évaluation
SEAGNU	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies
SI(G)S	Système d'information (pour la gestion) sanitaire
STB	Halte à la tuberculose
TB	Tuberculose
TPC	Traitement prophylactique par cotrimoxazole
TPI	Traitement préventif intermittent du paludisme
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International

I. Comment utiliser le guide de S&E

Pourquoi ce guide ?

Face à l'urgence mondiale d'étendre notre action aux trois principales maladies infectieuses que sont le VIH/SIDA, la tuberculose (TB) et le paludisme, les praticiens de la santé publique se doivent de rendre compte de leurs activités à plusieurs niveaux auprès de plusieurs acteurs. Il devient de plus en plus important pour les pays de présenter en temps voulu des données précises et comparables aux autorités nationales et aux bailleurs de fonds afin de garantir une continuité dans le financement des programmes de santé. Mais surtout, ils doivent être en mesure d'utiliser ces informations au niveau local pour renforcer les programmes. Il importe en particulier que ceux qui mettent en œuvre et gèrent les programmes nationaux aient accès à l'information de qualité dont ils ont besoin pour effectuer des ajustements et prendre des décisions programmatiques et techniques.

Les directives et documents de S&E actuels ont été mis au point grâce à la collaboration de nombreux partenaires comme l'ONUSIDA, l'OMS, l'UNICEF, le Bureau américain de coordination de la lutte contre le SIDA (OGAC), l'USAID, DHSS/CDC, ainsi que d'autres agences bilatérales, organisations non gouvernementales (ONG), notamment MEASURE Evaluation et Family Health International (FHI), et des partenariats mondiaux comme « 3 millions d'ici 2005 » (VIH/SIDA), Halte à la tuberculose et Faire reculer le paludisme. En outre, des responsables de S&E nationaux ont été déployés par de nombreuses agences comme l'ONUSIDA et le Plan d'urgence. Leur rôle, important, consiste à travailler avec les systèmes de S&E nationaux pour harmoniser le reporting et veiller à ce que les différents acteurs coordonnent étroitement leur travail pour développer des systèmes de S&E.

Mis au point avec l'aide d'agences techniques internationales et d'experts en S&E, ce guide vise à réunir une sélection d'indicateurs standard et à fournir aux utilisateurs des références et des ressources essentielles.

Le but de ce guide est d'aider les pays à :

- Coordonner le reporting en accord avec les partenaires internationaux et les systèmes nationaux, afin d'encourager l'utilisation de méthodes de mesure largement validées et précises qui existent déjà.
- Sélectionner des indicateurs simples, mesurer, présenter et utiliser des informations sanitaires de qualité de façon à répondre à la fois aux besoins des bailleurs de fonds et à ceux des pays.
- Définir clairement les services standard délivrés par un programme et mettre en place des mesures ordinaires et pérennes de la situation.
- Formuler une stratégie de S&E nationale participative en donnant un aperçu des questions essentielles à examiner.
- Evaluer, revoir et améliorer les systèmes de S&E dans la mesure où les interventions visant à prévenir et réduire la morbidité et la mortalité dues au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme se développent.

Ce guide de S&E porte principalement sur le reporting d'un ensemble limité de mesures de la situation (**indicateurs programmatiques et de résultat/d'impact**). Des indicateurs relatifs aux « environnements accompagnateurs » sont présentés pour tenter d'aborder chaque maladie dans un contexte plus vaste. Toutefois, les indicateurs sont pour la plupart centrés sur le secteur de la santé.

A qui est destiné ce guide?

Il vise à fournir un accès rapide à des ressources et à des directives standard à ceux qui gèrent des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme au niveau national. Parmi les utilisateurs potentiels, on citera les gestionnaires nationaux de programmes sanitaires, les responsables de projets, les bailleurs de fonds, les agences techniques, les agences de mise en œuvre et les ONG. Ce guide a certes été rédigé pour ce public précis mais son intention n'est pas d'exclure la sphère plus vaste des individus et des groupes qui travaillent sur ces maladies dans des secteurs comme l'éducation, les questions de genre et la réforme juridique.

Que contient ce guide ?

Ce guide se présente comme un cadre global d'évaluation, il présente un choix d'indicateurs standard et essentiels dans les domaines du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme :

1. La première partie du document est consacrée aux concepts généraux de S&E, aux recommandations et aux réponses aux questions fréquemment posées.

2. La seconde partie est divisée en sections spécifiques à chaque maladie, avec des tableaux récapitulatifs d'indicateurs programmatiques organisés par domaine de prestation de services. Les critères d'évaluation et d'impact figurent également dans un deuxième tableau récapitulatif, avec différentes méthodes de mesure. Chaque section comporte des références et des liens qui renvoient à indicateurs plus spécialisés.
3. Les annexes du guide donnent des précisions sur les définitions, les méthodes de mesures et le reporting des indicateurs.

Comment utiliser ce guide ?

Les indicateurs présentés à titre d'exemple ont été mis au point dans une optique nationale mais la plupart peuvent être utilisés à divers niveaux. Au niveau national, les utilisateurs devront concevoir ou modifier leur système de collecte d'informations sanitaires en gardant à l'esprit que chaque niveau d'utilisation requiert de collecter différents types de données.

Les utilisateurs doivent s'efforcer de simplifier leur suivi, évaluation et reporting, et de se limiter au niveau international à un ensemble restreint d'indicateurs. Au lieu de présenter une liste exhaustive d'indicateurs, ce guide de S&E se limite plutôt à une sélection d'indicateurs standard qui sont compatibles avec les processus de collecte routinière de données et avec les exigences internationales en matière de reporting. Comme indiqué ci-dessus, ce guide est un travail évolutif et des modifications y seront régulièrement apportées afin de répondre aux besoins des utilisateurs et d'intégrer les développements techniques.

Comment ce guide a-t-il été développé ?

Ce guide de S&E est le fruit d'une collaboration entre divers partenaires internationaux, agences bilatérales et ONG. Une harmonisation et une plus large participation des partenaires sont à nos yeux importantes pour la coordination du reporting aux niveaux international, national et local, d'autant plus que les ressources relatives à ces activités sont souvent limitées. Le but de ce guide est d'encourager le recours à des indicateurs communs afin de limiter les systèmes de reporting parallèles.

Les indicateurs présentés dans ce guide ont été choisis en consultation avec des experts techniques en S&E et avec des bailleurs de fonds comme le Fonds mondial. Des consultations ont eu lieu avec des membres des départements VIH/SIDA, tuberculose et paludisme de l'OMS. Par ailleurs, l'avis d'autres membres des Nations Unies (notamment l'ONUSIDA et l'UNICEF), de la Banque mondiale, Measure Evaluation, du Bureau américain de coordination de la lutte contre le SIDA, de l'USAID et de HSS/CDC a été sollicité pour vérifier la compatibilité des indicateurs recommandés avec ceux des organisations. Il est important de souligner ici qu'aucun nouvel indicateur n'a été élaboré pour ce guide. Seuls des indicateurs qui existent déjà et qui sont déjà utilisés sont présentés. Ce guide s'inspire donc d'indicateurs existants et reconnus, utilisés au sein d'un grand nombre de programmes.

Si vous souhaitez proposer des améliorations à ce guide, écrivez à : toolkit@who.int

Mise à jour récente

Cette nouvelle édition du Guide de S&E n'est *pas* un nouveau cadre de reporting mais plutôt un peaufinage et un perfectionnement du guide de S&E précédent.

Il utilise le même cadre de mesure que celui qui a été développé dans la première édition. Le cadre de reporting de S&E de la première édition peut continuer à être utilisé (et les résultats présentés, par exemple, au Fonds mondial). Cette révision reflète les développements en matière de S&E susceptibles d'améliorer les mesures.

L'apparition de nouvelles technologies et de nouveaux développements a rendu nécessaire la révision et la mise à jour des indicateurs présentés dans la première édition (parue en juin 2004). Cette révision du guide a été effectuée conformément aux dernières ressources techniques concernant les trois maladies. Les ressources ayant trait à l'impact et aux méthodologies de mesure ont été élargies suite aux commentaires des utilisateurs. Etant reconnu que les trois maladies sont classées par différents indicateurs et que le but est d'établir un cadre commun, les deux versions du guide s'efforcent de se rapprocher d'un système S&E d'indicateurs accepté au niveau international. La version actuelle du guide inclut les mises à jour suivantes :

- Peaufinage et mise à jour des indicateurs et des domaines de prestation de services pour les trois maladies.
- Expansion des mesures de l'impact pour les trois maladies (qui étaient limitées dans le premier guide).
- Activités conjointes VIH/TB incluses dans les composantes VIH et TB.

- Inclusion d'une section transversale « Renforcement des systèmes de santé » et des domaines de prestation de services et des indicateurs pertinents. Les domaines de prestations de services et les indicateurs concernant le renforcement des systèmes de santé peuvent être inclus pour chaque maladie. Les détails et les règles pour chaque série de financement du Fonds mondial doivent être consultés pour évaluer la meilleure stratégie.
- Complément d'informations sur les méthodes de collecte de données et l'évaluation (notamment la mesure de la qualité, qui était limitée dans la première édition).
- Informations supplémentaires sur le guide de S&E et le reporting au Fonds mondial, y compris les 10 indicateurs essentiels et de résultat/d'impact.

Le Guide de suivi et d'évaluation est disponible sous forme électronique à l'adresse http://www.theglobalfund.org.

II. Eléments de base du S&E

Création et renforcement d'un programme de S&E

Bien que des progrès significatifs aient été réalisés en matière de suivi et d'évaluation au niveau des pays, une grande partie du S&E portant sur les maladies s'est effectuée de manière verticale et isolée, souvent sans aucun lien ou triangulation avec d'autres sources. Une évaluation approfondie d'un projet financé par un bailleur de fonds peut même avoir été effectuée dans un domaine programmatique important sans que les résultats n'aient jamais été transmis aux acteurs de terrain. En résumé, l'utilité d'une grande partie des efforts de suivi peut être perdue parce qu'il n'existe pas de système de S&E cohérent qui puisse être utilisé pour recenser des informations relatives à plusieurs maladies à différents niveaux.

1. Harmonisation du reporting, des normes d'information et des systèmes de communication nationaux

Lorsque les systèmes de S&E diffèrent selon les maladies et les bailleurs de fonds, il est difficile d'avoir des normes d'information, des systèmes informatiques et des plates-formes de communication communs et compatibles. La coordination du système de S&E au niveau national ainsi que la coordination avec les exigences des bailleurs de fonds (par exemple, le Plan d'urgence, le Fonds mondial ou la Banque mondiale) sont une première étape importante dans la mise en place d'un système de S&E commun. En outre, de nombreux pays se fient à des enquêtes comme les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les enquêtes sur les indicateurs du SIDA (EIS), les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) et/ou les enquêtes de surveillance des comportements (ESC) qui sont financées par des bailleurs de fonds externes. Les données collectées par le biais de ces enquêtes peuvent être utiles dans un contexte de S&E plus large mais elles peuvent ne pas bien s'intégrer aux sources d'information sanitaire classiques telles que les systèmes nationaux d'information sanitaire et les systèmes de surveillance.

Ce guide vise à définir des indicateurs communs dans le but de renforcer la mise en place des « Trois principes » (décrits ci-dessous). Quoique développés pour le SIDA, ces principes ont une utilité générale pour le S&E. En définissant des indicateurs pour les trois maladies, l'objectif est d'appliquer les « Trois principes » aux trois maladies.

Les « Trois principes »

Le 25 avril 2004, les représentants d'importantes organisations donatrices et de nombreux pays en développement ont adopté trois principes comme cadre général pour mieux coordonner l'extension des programmes nationaux de lutte contre le SIDA et des actions contre l'épidémie de VIH/SIDA. Ces « Trois principes » sont :

- ***Un*** *cadre d'action* VIH/SIDA servant de base pour coordonner le travail de tous les partenaires ;
- ***Une*** *autorité de coordination* nationale SIDA avec un mandat multisectoriel large ; et
- ***Un*** *système de suivi et d'évaluation* à l'échelle nationale accepté.

On n'insistera jamais assez sur l'importance de créer, mettre en œuvre et renforcer un système de S&E unifié et cohérent à l'échelle nationale. Un système de S&E unique et solide garantit : 1) la mise à disposition en temps voulu de données pertinentes et précises pour les promoteurs et responsables de programmes à chaque niveau du programme et du système de santé ; 2) la communication de données de qualité sélectionnées aux responsables nationaux ; et 3) la capacité du programme national à répondre aux besoins des bailleurs de fonds et aux exigences internationales en matière de suivi dans le cadre d'un effort mondial concerté pour enrayer la pandémie du VIH/SIDA.

Un système de S&E commun, complet et cohérent présente plusieurs avantages. Il contribue à une utilisation plus efficace des données et des ressources en garantissant, par exemple, la comparaison des indicateurs et des méthodologies d'échantillonnage dans le temps, et la réduction de la multiplication des efforts. Face à la restriction des ressources consacrées à la collecte de données, cela est un atout considérable. Les pays peuvent ainsi regrouper les fonds des donateurs pour produire quelques études de qualité et d'envergure plutôt qu'une myriade d'évaluations ponctuelles non comparables. Les données générées par un système de S&E complet doivent répondre aux besoins de nombreux acteurs, notamment des gestionnaires de programme ou de projet, les chercheurs ou les bailleurs de fonds, et éliminer le besoin de recommencer les enquêtes de base ou les études d'évaluation alors que les données existantes pourraient être utilisées. Il est également important que les informations de base soient communiquées d'une manière aussi transparente que possible et rendues publiques.

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

Du point de vue du programme national, un système de S&E cohérent fait en sorte que les efforts de S&E financés par les bailleurs de fonds contribuent au mieux aux besoins nationaux. Ces besoins vont au-delà du S&E relatif aux maladies car il s'agit de renforcer le système général d'information sanitaire. Par ailleurs, il encourage la coordination

et la communication entre différents groupes investis dans l'action nationale contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Il peut s'agir, par exemple, des ministères travaillant dans les domaines de l'action sociale, de la protection de l'enfance, ou bien des statistiques et de la planification. Le consensus sur le cadre de S&E entre les principaux bailleurs de fonds, les agences techniques et les agences de mise en œuvre réduira la charge des demandes de données de la part de différentes agences. De plus, la planification, l'exécution, l'analyse et la dissémination communes des données collectées peuvent réduire les chevauchements en matière de programmes et favoriser la coopération entre différents groupes, dont beaucoup travailleront peut-être plus efficacement ensemble que s'ils étaient isolés.

En raison des faibles ressources de S&E au niveau sous-national, l'accent est mis sur le suivi des apports et des résultats des programmes, et sur l'évaluation de leur état d'avancement en fonction d'un plan sous-national. L'évaluation d'un établissement dans le cadre d'une supervision courante sert à fournir des informations sur la qualité des soins, ou la disponibilité et l'utilisation des services. A tous les niveaux, un suivi et une évaluation sont requis.

Les données sous-nationales sont extrêmement pertinentes dans le cadre d'un S&E national à condition que les directives nationales soient respectées de manière à rendre leur agrégation possible. Les informations recueillies au niveau sous-national servent à guider les débats sur les politiques et à valider les résultats aux niveaux supérieurs. Dans certains cas, les données sous-nationales offrent une meilleure indication des tendances et des problèmes d'équité qu'une perspective nationale.

La création ou le renforcement des **systèmes d'information pour la gestion sanitaire (SIGS)** constitue le prérequis d'un suivi fiable des trois maladies et de la réponse à y apporter. Une hausse du financement dans les trois maladies offre non seulement la possibilité d'améliorer les programmes d'information sanitaire spécifiques, mais aussi d'améliorer les systèmes d'information et de surveillance sanitaires en général. Le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme présentent différentes possibilités en matière de collecte, de diffusion et d'utilisation des données, et des opportunités existent pour que les trois maladies profitent des possibilités des autres.

Un SIGS efficace constitue également une base solide pour évaluer les programmes de grande envergure et donc améliorer la planification et la prise de décision. Les décisions urgentes telle que l'allocation de nouvelles ressources pour atteindre de meilleurs résultats s'en trouveront facilitées.

3. Quelles sont les caractéristiques d'un bon système de S&E ?

Les pays ont des besoins de S&E différents qui leur sont dictés en partie par le poids du VIH/SIDA, de la tuberculose et/ou du paludisme et leur structure sanitaire. Pourtant, des systèmes de S&E efficaces ont des similitudes, comme le démontrent certains programmes performants dans plusieurs pays. Une liste de ces éléments figure dans le **Tableau 1**.

Tableau 1 : Caractéristiques d'un bon système de S&E

UNITE DE S&E	• Une unité de S&E établie au sein du Ministère de la Santé avec du personnel technique et des responsables de la gestion des données. Cette unité devrait, entre autres, coordonner les efforts de S&E pour les trois maladies, sans tenir compte du service particulier dans lequel le S&E de chaque maladie est situé, et les intégrer dans les besoins statistiques plus larges du pays. • Des directives et recommandations de S&E aux districts sous nationaux, régions et provinces. • Des directives pour relier le S&E à d'autres secteurs comme l'éducation, l'emploi et l'armée. • Un budget de S&E qui se situe entre 5 et 10% des budgets VIH/SIDA, tuberculose et paludisme nationaux cumulés provenant de toutes les sources. Une moyenne de 7% doit faire office de référence. • Une contribution nationale significative au budget de S&E national (pas de dépendance totale vis-à-vis de sources de financement extérieures). • Un lien S&E formalisé, en particulier avec les ministères concernés, les ONG, les bailleurs de fonds et les institutions de recherche nationales en vue d'améliorer la recherche opérationnelle. • Un groupe de travail multisectoriel qui apporte ses réflexions et atteint un consensus sur le choix des indicateurs et sur divers aspects de la conception et la mise en place du S&E. • Une unité de S&E avec expertise ou affiliée à l'unité à couvrir : épidémiologie, sciences comportementales ou sociales, gestion des données et statistiques, diffusion des données, identification des ressources (financières et matérielles).

OBJECTIFS PRECIS	• Un programme national ou des projets bien définis avec des buts, des objectifs et des plans opérationnels clairs. Les plans nationaux de S&E doivent être révisés tous les 3 à 5 ans, et les plans opérationnels de S&E mis à jour tous les ans. • Des révisions/évaluations régulières des progrès accomplis dans la mise en œuvre du programme national ou du plan du projet par rapport à ses objectifs. • La coordination entre les besoins de S&E sur le plan national et ceux des bailleurs de fonds.
INDICATEURS	• Une liste d'indicateurs prioritaires et d'indicateurs complémentaires à différents niveaux de S&E. • Des indicateurs cohérents et comparables dans le temps, avec des objectifs clairs. • Une sélection d'un certain nombre d'indicateurs de base comparables avec ceux d'autres pays.
COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES	• Un plan national de collecte de données et d'analyse qui inclut l'assurance qualité. • Un plan pour collecter les données, et analyser périodiquement les indicateurs et les ensembles de données associés à différents niveaux juridictionnels du S&E (dont le niveau géographique). • Une surveillance de deuxième génération où les données comportementales sont reliées aux données de surveillance des maladies.
DIFFUSION DES DONNEES	• Un plan national de diffusion des données, avec des ensembles de données de base accessibles et transparentes en temps voulu. La transparence est essentielle pour une réelle justification. • Un rapport annuel informatif correctement diffusé. • Des réunions annuelles en vue de diffuser et d'examiner les résultats de S&E et de recherche avec les décideurs politiques, les planificateurs et les responsables de la mise en œuvre. • Une centralisation de la production et de la diffusion des résultats. • Une base de données ou une bibliothèque centralisée contenant toutes les collectes de données sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, ainsi que les recherches en cours, disponible en toute transparence au public. • Une coordination des besoins de diffusion du S&E au niveau national et des bailleurs de fonds.
ETUDES SPECIALES	• L'inclusion d'études de résultat/d'évaluation prioritaires. • L'inclusion d'études qualitatives au besoin. • L'inclusion d'études de recherche opérationnelle.

4. Quelle est la différence entre le S&E de programme et le S&E de projet ?

Dans le cadre de ce guide, un *programme* renvoie à une action nationale ou sous-nationale globale contre la maladie. Au sein d'un programme national, il existe généralement plusieurs domaines de programmation différents. Le programme relatif au VIH/SIDA, par exemple, comporte un certain nombre de « sous-programmes ou projets » comme la sécurité transfusionnelle, le contrôle des infections sexuellement transmissibles (IST) ou la prévention du VIH auprès des jeunes.

Un *projet* renvoie à une combinaison limitée dans le temps d'activités et d'objectifs soutenus par des ressources, lesquels visent une population d'une zone géographiques ou autre. Il convient également de noter que les projets et les programmes peuvent être définis par leur durée : les projets ont tendance à être des actions à court terme tandis que les programmes ont une portée à plus long terme.

En raison de cette portée plus large (thématique, géographique, population cible), le suivi d'un *programme* tend à être plus complexe que le suivi d'un *projet* et exige une solide coordination entre les agences chargées de la mise en œuvre. Pour mener à bien les évaluations de résultat et d'effet, la conception du programme/projet doit inclure ses propres évaluations de base et de suivi mesurant non seulement les résultats spécifiques mais aussi le niveau d'exposition au programme/projet et ses activités.

III. Concepts généraux de S&E

1. Quelle est la différence entre suivi et évaluation ?

Le **suivi** est la surveillance *ordinaire* des éléments clés des résultats d'un programme/projet (généralement des apports et des résultats) via la tenue de registres, le reporting régulier, les systèmes de surveillance, mais aussi l'observation des services de santé et les enquêtes. Le suivi aide les gestionnaires de programme ou de projet à déterminer les domaines qui exigent un effort plus soutenu et à identifier ceux qui pourraient contribuer à une meilleure action. Dans un système de suivi et d'évaluation bien conçu, le suivi participe largement à l'évaluation. Il est très important de choisir un nombre limité d'indicateurs qui seront réellement utilisés par les responsables et directeurs du programme. Il existe une tendance à récolter des informations sur de nombreux indicateurs et à communiquer ces informations aux niveaux où elles ne seront et ne pourront pas être utilisées pour une prise de décision efficace. Par ailleurs, le suivi sert à mesurer les tendances temporelles, ce qui explique pourquoi les méthodes utilisées doivent être cohérentes et rigoureuses afin de pouvoir effectuer des comparaisons utiles. La gestion de projet nécessite davantage d'informations qu'au niveau national ou international. Le nombre d'indicateurs de suivi devrait décroître notablement lorsque l'on passe du niveau sous-national aux niveaux national, puis international.

A l'opposé, l'**évaluation** est l'*examen ponctuel* du changement dans les résultats visés du programme ou du projet. En d'autres termes, l'évaluation tente d'*associer* un effet ou un résultat particulier directement à une intervention au terme d'une période. L'évaluation permet donc aux gestionnaires de programme ou de projet de déterminer la valeur d'un programme ou d'un projet spécifique. Les évaluations de rentabilité et de rapport coûts/avantages servent à déterminer la valeur ajoutée d'un programme ou d'un projet. Ajoutons que l'évaluation doit également comparer les résultats d'un projet/programme avec l'impact des maladies, et avec les tendances nationales en matière de comportement ou autre. Ce type d'évaluation est important même si le projet/programme n'est qu'une partie d'un effort collectif pour agir contre la maladie.

Les objectifs et les méthodes utilisées ne sont pas les mêmes pour le suivi et l'évaluation. De manière générale, les évaluations sont plus difficiles en raison de la rigueur méthodologique requise, sans laquelle de mauvaises conclusions pourraient être tirées sur la valeur d'un programme ou d'un projet. Les évaluations sont également plus coûteuses, en particulier les évaluations de résultat et d'impact qui exigent souvent des enquêtes de population ou d'autres études rigoureuses. Toutefois, l'évaluation devrait exploiter les informations et les enquêtes disponibles au niveau national, comme les EDS, l'enregistrement vital ou les informations sanitaires issues des surveillances sentinelles.

2. Cadre général de suivi et d'évaluation

Il existe divers cadres pour la sélection d'indicateurs de S&E. Les indicateurs sont utilisés à différents niveaux pour mesurer ce que les programmes ou projets reçoivent et produisent. Au cours des ces dernières années, un cadre largement accepté a été utilisé : le modèle apport-processus-résultat-effet-impact. Pour qu'un programme ou un projet atteigne son but, les **apports** comme l'argent et le temps de travail doivent engendrer des résultats ; par ex. un certain nombre de services nouveaux ou améliorés, du personnel formé, nombre de personnes bénéficiant des services, etc. Ces résultats sont souvent le fruit de **processus** spécifiques, comme la formation du personnel, qui doivent être intégrés en tant qu'**activités** essentielles visant à atteindre les résultats. Si ces résultats sont bien conçus et atteignent les populations visées, il est probable que le programme ou le projet aura des **effets** positifs à court terme, par exemple un plus grand recours au préservatif avec les partenaires occasionnels, une utilisation accrue de moustiquaires imprégnées (MI), la prise de médicaments antituberculeux ou un report des premiers rapports sexuels à un âge plus avancé. Ces effets positifs à court terme devraient aboutir à un **impact** des programmes à plus long terme, qui se mesure par une réduction des nouveaux cas de VIH/SIDA, de tuberculose ou du paludisme, et du fardeau des maladies parmi les individus infectés et affectés (orphelins et enfants vulnérables, veuves). Dans le cas du VIH, un impact souhaitable pour les personnes porteuses du virus pourrait être une meilleure qualité et espérance de vie. Pour de plus amples informations sur les cadres de S&E, les lecteurs peuvent consulter les sites suivants :

PNUD : http://www.undp.org/gef/undp-gef_monitoring_evaluation

MEASURE : http://www.cpc.unc.edu/measure

USG : http://www.globalHIVevaluation.org

ONUSIDA : http://www.unaids.org/en/default.asp

L'évaluation de l'impact d'un programme exige d'y consacrer des efforts de suivi et d'évaluation considérables, et il est souvent difficile d'établir quelle partie de chaque programme ou de chaque composante de programme contribue à la réduction générale des cas et à l'augmentation du taux de survie. Pour établir la relation de cause à effet d'une intervention précise, des études expérimentales ou quasi-expérimentales s'avèrent indispensables en matière d'impact. Le suivi des indicateurs de résultat ou d'effet aide également à établir ces relations, et à obtenir une indication générale de la situation du programme en fonction des objectifs et des buts qui ont été définis. Les enquêtes et les données nationales doivent également être exploitées dans l'évaluation

Les différents types d'indicateurs ne sont pas égaux mais *liés* les uns aux autres pour atteindre les buts et les objectifs d'un programme spécifique. Les apports comme l'argent et le temps de travail produisent des résultats ; par ex. des systèmes de mise en place de médicaments ou d'autres marchandises essentielles, des services nouveaux ou améliorés, du personnel formé, des brochures d'information, etc. Si ces résultats sont bien conçus et atteignent les populations qu'ils visent, le programme aura probablement des effets positifs – selon le contexte dans lequel il opère. Ces résultats positifs devraient également avoir un impact à long terme sur les populations ou systèmes visés.

Avec des indicateurs standard, le programme national dispose de mesures précieuses du même indicateur dans différentes populations, ce qui permet une analyse des tendances (triangulation). Les ressources sont ainsi mieux redirigées vers les régions ou sous-populations les plus démunies, et il est plus facile d'identifier les domaines nécessitant une intensification ou une réduction de l'effort à l'échelon national, ce qui en définitive améliore l'efficacité globale de l'action nationale. L'utilisation d'indicateurs standard dans le temps garantit également la comparaison des informations entre les pays. Lorsque des données de différentes sources sont combinées pour être analysées, cette « triangulation » permet une évaluation nationale, régionale ou locale des efforts du programme.

Note sur les populations cibles et les dénominateurs : dans de nombreux cas, il peut s'avérer difficile de déterminer le dénominateur, ou la population à utiliser lors de l'évaluation, par exemple, de la couverture. Nous nous sommes par conséquent concentrés sur les **numérateurs**, ou sur la partie de la population qui est affectée ou bénéficie des interventions. Dans la mesure du possible, les dénominateurs doivent également être inclus (si des pourcentages sont donnés, **les numérateurs doivent systématiquement être communiqués** afin de pouvoir évaluer la couverture dans le temps et entre les populations). Les publications *Estimating the Size of Populations at Risk for HIV (UNAIDS/IMPACT/FHI, 2002)* et *Guidelines for Sampling Orphans and other Vulnerable Children (UNICEF, 2003)*, ainsi que le *Guide to Monitoring and Evaluation National HIV Prevention Programs for Most-at-risk Population in Low Level and Concentrated Settings* (en cours de révision), peuvent aider les lecteurs à résoudre le problème de la détermination des dénominateurs lorsqu'ils sont confrontés à des populations cachées ou à des épidémies de faible niveau et concentrées.

Dans ce guide, la *population cible* renvoie au groupe de personnes qui ont besoin d'une intervention. La population cible peut être la population totale ou un groupe plus restreint et spécifique comme les jeunes. Lors de la conception des interventions, il conviendra de définir clairement la population cible. La description des services fournis doit spécifier les populations et les régions géographiques couvertes. Pour leur définition, il faudra donc savoir qui est le plus atteint, directement ou indirectement, par les maladies. La définition, par exemple, d'une population cible pour les interventions relatives au VIH/SIDA s'appuie souvent sur un relevé épidémiologique. Pour les épidémies généralisées où la prévalence du VIH est régulièrement supérieure à 1% chez les femmes enceintes, la population cible peut très bien être la population générale. Cependant, dans le cas d'une épidémie concentrée et de faible niveau où la prévalence du VIH est concentrée au sein de groupes aux comportements à risque spécifiques, le groupe cible peut être défini comme un sous-groupe de la population générale qui partage les mêmes comportements, par exemple les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les consommateurs de drogues injectables (CDI) ou les professionnel(le)s du sexe (PS). Pour le paludisme dans les régions très endémiques comme l'Afrique sub-saharienne, les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans constituent des groupes cibles importants.

Enfin, il est capital de clairement définir les **services fournis** à une population : ces services sont définis en termes de domaines de prestation de services standard (DPS) dans ce guide. L'ensemble des services doit être soigneusement précisé par groupe de population cible.

Méthodes de collecte des données

Les méthodes de collecte des données sont détaillées dans les sections spécifiques à chaque maladie. Nous en proposons toutefois un aperçu ci-après. La fréquence du reporting dépend de la place des indicateurs dans le cadre conceptuel de S&E, sachant qu'il faut prendre en compte un intervalle de temps raisonnable pour un changement attendu et les moyens dont dispose le programme pour le S&E. Il est particulièrement important d'inclure une collecte ordinaire des données, qui s'effectue régulièrement (tous les trimestres, semestres ou ans), et de planifier assez tôt les enquêtes de suivi et d'évaluation sur 1 à 3 ans, donc plus longues, avec des bases claires. Les périodicités suivantes sont conseillées :

Tableau 2 : Fréquences de reporting suggérées

Place de l'indicateur	Fréquence de reporting recommandée	Exemples de méthodes utilisées pour la collecte des données
Apport/processus	Continue	• Statistiques des services de santé • Enquêtes auprès des établissements de santé • Suivi du programme
Résultat	Trimestrielle, semestrielle ou annuelle	• Statistiques des services de santé • Enquêtes auprès des établissements de santé • Suivi du programme
Effet	1 à 3 ans	• Enquêtes de population • Enquêtes auprès des établissements de santé • Etudes spéciales
Impact	2 à 5 ans	• Surveillance • Enquêtes de population • Etudes spéciales

Tableau 3 : Outils de mesure

Outils de mesure	Principales caractéristiques	Exemples de méthodes de mesure utilisées
Statistiques des services de santé	Collecte ordinaire de données dans les services de santé. Suivi du programme.	• Données inscrites dans divers dossiers des établissements de santé.
Enquête auprès des établissements de santé	Enquête visant les établissements de santé pour recueillir des informations sur la disponibilité des ressources humaines, du matériel, des marchandises et des médicaments, ainsi que sur les types de services fournis.	• Enquêtes sur site auprès d'établissements de santé (ex : évaluation des prestations de services VIH/SIDA) • Enquêtes sur la disponibilité des services par repérage
Méthodes qualitatives	Détermination de « ce qui existe » et « pourquoi » plutôt que de la « quantité ». En donnant aux gens la possibilité d'exprimer leurs opinions, et de faire part de leurs expériences comme bon leur semble, les méthodes qualitatives visent à comprendre la réalité telle que le groupe à étudier la définit, sans imposer de questionnaire ou de structure pré-formulé(e) (toujours élaboré(e) par les enquêteurs) à la population *(Maier B. Gorgen, R et at 1995)*.	• Entretien approfondi (individus, groupes témoins, informateurs clés) • Observation directe • Technique interactive ou projective (commentaires sur affiches, histoire ouverte/commentaire sur histoire, jeu de rôles)
Recherche opérationnelle	La recherche opérationnelle (RO), également appelée évaluation ciblée, complète les systèmes de S&E. L'objectif principal de la RO est de fournir aux gestionnaires de programme les informations nécessaires pour développer, améliorer ou étendre les programmes. Si l'objet de l'évaluation est principalement de savoir si une évolution des résultats peut être attribuée à un programme, la RO déterminera si le programme est le bon ou le meilleur programme pour atteindre les résultats souhaités. On peut voir cette recherche comme un processus pratique et systématique pour identifier et résoudre les problèmes relatifs aux programmes.	• Exemples de RO : • Adhérence • Accès équitable • Coûts • Lien prévention-traitement • Différents modèles d'intervention

Outils de mesure	Principales caractéristiques	Exemples de méthodes de mesure utilisées
Surveillance sentinelle	Collecte d'informations de prévalence auprès de populations plus ou moins représentatives de la population générale (comme les femmes enceintes) ou/et de populations considérées comme étant exposées à des risques élevés d'infection et de transmission. Peut prendre la forme de tests anonymes liés ou non liés, avec ou sans consentement éclairé.	• Surveillance de la séropositivité VIH chez les femmes enceintes ou au sein de groupes identifiés à haut risque.
Enquête de population	Enquête basée sur un échantillonnage de la population cible ou générale, dans le but généralement de refléter les caractéristiques, les comportements et les pratiques de cette population. Elle nécessite un échantillon de taille suffisante pour représenter la plus large population et d'être analysée en sous-groupes, par âge, sexe, région et populations cibles.	• MICS, DHS et DHS+, EIS, ESC, PLACE, SAVVY.

La majorité des informations contenues dans ce guide porte sur la collecte des données *quantitatives*. Il est toutefois important de souligner l'utilité des données *qualitatives* pour compléter, valider et mieux comprendre les résultats quantitatifs. Bien que les approches qualitatives ne soient pas faites pour être généralisées aux plus larges populations et soient inadaptées pour mesurer les tendances, elles placent les données quantitatives dans leur contexte et permettent une interprétation plus extensive des indicateurs quantitatifs. Les données qualitatives sont également utiles dans l'étude des réponses contextuelles au changement de comportement, et peuvent s'avérer précieuses pour concevoir des campagnes de communication plus efficaces donnant la parole aux populations pauvres et vulnérables, et pour offrir de meilleurs services aux groupes cibles.

Diverses méthodes sont utilisées pour collecter des données qualitatives : enquêtes de satisfaction des patients, vérifications sur place, observation patient/personnel, exercices de cartographie, entretiens auprès d'informateurs clés, groupes témoins, évaluations rurales participatives et études ethnographiques rapides. Vous trouverez de plus amples renseignements sur ces méthodes sur le site : http://www.fhi.org/en/hivaids/pub/archive/evalchap/inex.htm.

Dans l'idéal, il convient d'adopter une approche à la fois qualitative et quantitative pour collecter et analyser les informations. Une approche méthodologique mixte contribue à une compréhension plus substantielle des résultats des programmes, garantit une triangulation des sources de données et réduit les distorsions dans les données.

Assistance technique

L'assistance technique a énormément progressé grâce au déploiement de personnel de S&E dans les pays par certaines agences comme l'ONUSIDA et le Plan d'urgence. Le personnel de S&E joue un rôle important en coordonnant les efforts de S&E entre les partenaires et les pays. Des informations sur l'assistance technique, ainsi que des liens et des références figurent dans les sections spécifiques consacrées à chaque maladie (VIH/SIDA, TB/VIH, tuberculose, paludisme, renforcement des systèmes de santé).

En 2005, le système d'assistance technique pour le suivi et l'évaluation (METAT) d'ONUSIDA a été mis en place, soutenu par plusieurs partenaires dont le Fonds mondial, le Plan d'urgence et l'OMS. Par un système de courtage, le système METAT offre aux demandes d'assistance technique S&E des pays et des programmes, les compétences de partenaires techniques. Le principal objectif du système est de recevoir les demandes, de les distribuer aux partenaires concernés, puis d'effectuer un suivi de l'assistance technique et de l'aboutissement des demandes. Ainsi, les demandes d'assistance technique sont résolues localement. La fonctionnalité « Task List/Work Order » permet de suivre l'avancement des demandes et de les gérer depuis la phase initiale jusqu'à la dernière étape, c'est-à-dire lorsque la demande a reçu une réponse adéquate. Une analyse des types de demandes techniques reçues par le système METAT a lieu régulièrement pour identifier les points faibles et trouver des solutions proactives. Ce système n'en est encore qu'au stade précoce de mise en œuvre.

Pour adhérer au système METAT en qualité de membre ou pour en savoir plus sur le système, contactez le Secrétariat d'ONUSIDA à l'adresse helpME@unaids.org. Le service est également en cours d'extension à l'assistance technique S&E pour le paludisme et la tuberculose, avec l'intervention de partenaires qualifiés dans chacune des maladies.

Les sections spécifiques à chaque maladie contiennent des informations sur l'assistance technique, ainsi que des liens vers des ressources techniques et des sites Web, pour chaque maladie.

IV. Questions fréquemment posées

Questions opérationnelles

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

Les pays ne sont pas limités à la liste de base présentée dans ce guide et doivent établir un rapport *uniquement sur un ensemble limité d'indicateurs* extraits de ce guide. Le choix des indicateurs doit être guidé par les buts et les objectifs du programme national ou du projet. Lorsque les indicateurs répondent aux besoins, les programmes nationaux sont encouragés à utiliser les indicateurs de base proposés dans ce guide afin de permettre une standardisation des informations dans le temps. Ces indicateurs de base ont été testés et l'expérience a montré que les informations qu'ils fournissaient étaient utiles et fiables. Les pays doivent s'efforcer de simplifier le S&E et de ne rendre des comptes que sur un ensemble restreint et standard d'indicateurs à l'échelle internationale.

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

- Utilisez un cadre de S&E conceptuel pour une bonne interprétation des résultats.
- Assurez-vous que les indicateurs sont associés aux buts et aux objectifs, et qu'ils sont capables de mesurer le changement sur la durée du programme.
- Assurez-vous d'utiliser des indicateurs standard dans la mesure du possible afin de permettre une comparaison dans le temps ou entre différents groupes de population.
- Veillez à ce que les indicateurs aient trait à des services précis prévus dans le programme. Essayez de définir la série de prestations standard délivrée par le programme et les groupes visés.
- Examinez le coût et la faisabilité de la collecte et de l'analyse des données.
- Pour le VIH/SIDA, tenez compte de l'état de l'épidémie.
- **Limitez-vous au nombre minimum d'indicateurs** nécessaires, avec une référence spécifique au niveau du système qui a besoin des indicateurs et les utilisera pour les décisions de programmation et de gestion.

D'autres indicateurs peuvent toujours être identifiés ultérieurement ou recueillis pour la gestion du projet. Pour le reporting international, il est recommandé d'utiliser un petit ensemble d'indicateurs standard et comparables à l'échelle internationale. Les phases initiales du cadre, comme les apports et les processus, sont à délaisser pour privilégier les résultats et les effets des services fournis.

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

Le coût, la difficulté et les moyens nécessaires pour collecter les informations tendent à augmenter à mesure que les indicateurs passent des apports aux résultats, puis des effets aux impacts. Il devrait être possible de collecter les informations pour les indicateurs d'*apport* et de *résultat* de façon centralisée à partir des systèmes d'information sanitaire classiques, à condition que ces systèmes existent et fonctionnent. Les planificateurs du programme devraient tirer un avantage stratégique de l'attention accrue portée aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme pour demander un financement pour le renforcement des systèmes nationaux d'information et de surveillance sanitaires qui peuvent être utilisés pour les rapports sur ces maladies ou d'autres programmes spécifiques à des maladies.

De plus, les projets qui mettent en place leurs propres composantes de S&E **doivent commencer par établir une coordination avec d'autres projets du pays** (ex : PEPFAR, Banque mondiale, Fonds mondial, principales ONG et activités gouvernementales) afin de réduire les chevauchements, et utiliser des normes d'information, logiciels, systèmes et indicateurs communs dans la mesure du possible.

Les données de nombreux indicateurs de *résultat* et d'*impact* sont collectées au moyen d'enquêtes de population ou auprès d'établissements de santé plus onéreuses et difficiles, qui demandent quelque expérience dans les méthodes de recherche. La mesure des résultats est généralement plus difficile en raison de la sensibilité et de la spécificité de chaque indicateur. Toutefois, les programmes peuvent souvent exploiter les enquêtes en cours et les bases déjà en place dans le pays.

3. Comment exploiter au mieux les efforts déjà entrepris en matière de collecte de données ?

Dans l'élaboration de leurs plans de collecte de données, les pays doivent, dans la mesure du possible, tenir compte :

- De l'existence des données déjà collectées par des agences et qui ne sont pas directement associées à l'une des trois maladies mais qui peuvent aider au suivi ;
- Du moment où ont lieu les enquêtes de population onéreuses comme les EDS, dans lesquelles peuvent être inclus des modules pour obtenir des données sur certains indicateurs relatifs aux trois maladies ;
- Des activités d'autres programmes majeurs dans le pays (ex : PEPFAR, Banque mondiale, Fonds mondial, principales ONG et activités gouvernementales) afin de réduire les chevauchements, et utiliser des normes d'information, logiciels, systèmes et indicateurs communs dans la mesure du possible.

4. Quelle part du budget total du programme national doit être consacrée au S&E ?

Garantir que les ressources seront bien utilisées exige un système de S&E cohérent. C'est pourquoi, il est recommandé qu'une part d'environ 5 à 10% du budget du programme national soit consacrée au S&E, la valeur moyenne étant de 7%. La même règle doit s'appliquer au niveau sous-national. Ce pourcentage doit être basé sur les ressources totales, bailleurs de fonds externes et financement national compris. Entre 3 et 5% des ressources financières régionales et de district (le cas échéant) doivent être consacrés aux activités de S&E à ce niveau.

Les bailleurs de fonds se rendent compte qu'une partie des fonds d'un projet devrait être allouée au développement d'un système de S&E, afin que les informations relatives au projet puissent être collectées, communiquées et utilisées. Par conséquent, de plus en plus de ressources ont été dégagées dans le cadre de subventions plus importantes, pour développer des systèmes cohérents à la place d'efforts ponctuels. Ces systèmes devraient générer des indicateurs standard pour les informations destinées différents projets, départements et bailleurs de fonds. Les ressources d'un bailleur de fonds doivent être utilisées pour combler les lacunes du système de S&E de façon coordonnée.

5. Quelle est la meilleure façon d'optimiser l'utilisation des fonds de S&E ?

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

- Développez des systèmes coordonnés plutôt que des collectes de données ponctuelles. Le coût d'investissement initial doit être vu à la lumière d'un avantage supplémentaire, celui d'une collecte plus régulière et plus complète de données qui rend finalement l'exercice moins onéreux.
- Examinez les besoins à court et long terme afin de garantir une continuité transparente des programmes nationaux.
- Mobilisez les acteurs clés du S&E dans le pays au travers d'un groupe de soutien au S&E, afin d'éviter la duplication des efforts.
- Utilisez des cadres de S&E acceptés, à des fins de comparaison.
- Veillez à ce que les enquêtes de grande envergure collectent des données correspondant à des indicateurs utiles.

6. Comment optimiser l'utilisation des données ?

Le but final d'une collecte de données est l'utilisation de ces données dans le processus décisionnel. Les données sont indispensables aux campagnes, à la génération de ressources, à la justification, à la conception et amélioration des programmes, et lorsqu'il s'agit d'attribuer des changements à des interventions spécifiques et à des programmes (ou réorientations de programmes). Tirées de l'expérience passée, les étapes suivantes vous aideront à optimiser l'utilisation des données :

- Produisez des données de qualité, ce qui demande un investissement sérieux pendant tout le processus de collecte.
- Evaluez la manière dont les données seront utilisées, et veillez à ce que leur diffusion soit aussi transparente et large que possible.
- Identifiez les différents utilisateurs finaux, présentez et conditionnez les données selon leurs besoins en vous concentrant sur un nombre minimal d'indicateurs à chaque niveau.
- Déterminez les mécanismes d'un système d'utilisation efficace des données, avec des retours par une supervision à tous les niveaux, et assurez-vous que les données présentées à un certain niveau soient pertinentes et utilisables.

- Veillez à la responsabilité tout au long de la collecte des données ; en d'autres mots, les capacités nationales et locales de S&E doivent être renforcées pour garantir des données uniformes et de qualité dans un cadre durable.
- Veillez à créer un groupe de soutien au S&E avec une forte présence des principaux intervenants comme le gouvernement, les bailleurs de fonds, les ONG, la société civile et les institutions universitaires, pour conseiller le gouvernement pendant le développement et la mise en œuvre des stratégies de S&E nationales. La crédibilité des données générées par le gouvernement s'en trouvera améliorée.
- Attribuez suffisamment de ressources au développement et à la mise en œuvre d'un plan d'utilisation des données.
- Veillez à une utilisation aussi large que possible des données et à leur diffusion transparente dans le domaine public.

7. Comment éviter que les demandes des bailleurs de fonds ne guident les investissements en matière d'information sanitaire ?

Pour éviter que les demandes des bailleurs de fonds ne guident l'ensemble des investissements en matière d'information sanitaire, avec le risque d'obtenir des demandes incompatibles les unes avec les autres, il est recommandé de prendre les mesures suivantes :

- Etablissez une plate-forme sous direction nationale avec un fort engagement des bailleurs de fonds, comme un comité de coordination national du S&E avec un soutien de haut niveau.
- Lancez une action de persuasion en faveur de la construction d'un système d'information sanitaire fournissant des informations de qualité en temps voulu.
- Utilisez, dans la mesure du possible, des cadres de S&E acceptés et des indicateurs standard.
- Dans les situations caractérisées par deux bailleurs de fonds ou plus ayant des demandes multiples, un consensus doit être obtenu par des mécanismes de coordination nationale.
- Avant de mettre en place des systèmes de S&E, effectuez des vérifications auprès des autres projets/programmes et points focaux nationaux dans le pays pour éviter les systèmes de reporting parallèles.

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

Les données doivent avant tout être utilisées pour pérenniser un système de reporting S&E. Voici quelques exemples des principales leçons tirées :

- Les systèmes de S&E doivent être aussi simples que possible. La plupart des programmes et projets collectent bien plus de données qu'ils n'en utilisent. Plus un système de S&E est complexe, plus il y a de chances qu'il échoue. Il est important que les données servent de base aux prises de décision continues.
- Les systèmes de S&E doivent inclure un ensemble standard d'outils de collecte et d'analyse des données. Si chaque partenaire de mise en œuvre utilise des outils différents, les données ne seront pas analysées efficacement. Cet ensemble standard d'outils n'empêche pas chacun des partenaires de collecter d'autres données spécifiques de S&E.
- Un bon S&E exige à la fois une autoévaluation interne et une vérification externe. Les partenaires de mise en œuvre doivent collecter et vérifier leurs propres données,, et une agence extérieure doit vérifier l'exhaustivité et l'exactitude de ces données. Des visites de supervision doivent s'appuyer sur l'analyse de l'autoévaluation interne et des données primaires vérifiées en externe.
- Une entité spécialisée est indispensable pour collecter, vérifier, entrer et analyser les données de S&E primaires de chaque partenaire. Sans cette entité, il est très difficile d'obtenir une collecte, et une analyse fiables car les ministères et autres agences publiques sont rarement équipés pour gérer un tel processus. Les ressources accrues consacrées au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme doivent être utilisées pour renforcer les capacités locales au sein de l'organisation nationale en question.
- Le S&E doit être intégré à la conception d'un programme, et être opérationnel lorsque la subvention arrive et non ajouté après. Il est beaucoup plus difficile et moins efficace de « réintégrer » le S&E après la mise à disposition de la subvention.
- Il est important de collecter les données sous-nationales car elles peuvent être cumulées à celles collectées au niveau national. Les données sous-nationales sont toutefois plus utiles aux gestionnaires du programme pour la prise de décision quotidienne.
- La diffusion des données doit être aussi large et transparente que possible, et entrer dans le domaine public. Le S&E est une affaire d'optimisation de l'utilisation des données.

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

Questions fréquentes à propos du guide et des communications au Fonds mondial

1. Comment le guide de S&E est-il utilisé par le Fonds mondial ?

Le Fonds mondial récolte de l'argent, alloue les fonds aux programmes, et montre comment ces fonds servent à lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. En d'autres termes, il **« récolte des fonds, les dépense et s'efforce de prouver leur contribution à la lutte contre ces maladies »**, en partenariat avec d'autres organisations internationales et nationales, et surtout avec les projets qui utilisent les subventions.

Le Fonds mondial relève plus du **mécanisme de financement** que de l'agence technique. Plutôt que de mettre au point de nouveaux indicateurs ou ses propres indicateurs, il s'inspire des indicateurs déjà utilisés par les partenaires et les pays (et définis dans ce guide). Pour ce faire, il a demandé aux diverses agences techniques de définir un ensemble minimum d'indicateurs, présentés dans ce guide, pour les trois maladies. Une standardisation est importante pour simplifier le suivi et l'évaluation. Cela permet en outre au Fonds mondial de décrire les résultats et la couverture de son portefeuille de subventions pour des projets et milieux très divers.

Le **Financement basé sur la Performance** est au centre du mécanisme du Fonds mondial ; il permet une corrélation entre la collecte de fonds, les dépenses et la justification de la contribution des fonds. Les fonds sont débloqués lorsque des résultats ont été atteints par rapport à des objectifs définis. Cela nécessite que :

- Des **buts** généraux soient clairement formulés ;
- Des services, regroupés dans des **domaines de prestation de services**, soient clairement définis et reliés aux buts ;
- Des **indicateurs soient choisis**, que des **objectifs soient fixés** et qu'un compte-rendu de la situation soit effectué régulièrement.

Le Fonds mondial se base sur un **ensemble minimum d'indicateurs**, définis par divers partenaires et utilisés dans les pays, comme l'explique ce guide. Le reporting doit utiliser les systèmes de S&E existants. Le Fonds mondial souhaite étendre la couverture des services de qualité fournis. Pour chaque service, il est donc important de communiquer régulièrement le nombre de personnes qui ont pu en bénéficier, les points de service assurés et les personnes formées pour offrir le service.

Reporting ordinaire	Reporting à moyen terme (un à cinq ans)
• Personnes ayant bénéficié des services (numérateurs) • Nombre de points de service assurés • Nombre de fournisseurs formés au service	• Impact sur les trois maladies • Changements de comportement • Proportion des groupes cibles ayant bénéficié des services (numérateurs et dénominateurs)

En outre, le Fonds mondial souhaite qu'à moyen terme (1 à 5 ans), l'**évaluation** de l'impact sur les trois maladies, les changements de comportements et la proportion des groupes cibles ayant bénéficié des services (numérateurs et dénominateurs) soit mesurée. Ces points, qui sont considérés comme l'effet des efforts collectifs, doivent exploiter au maximum les sources de données nationales et ne sont pas, dans tous les cas, directement attribuables au programme spécifique.

La performance sera basée sur la qualité avec laquelle les différents indicateurs peuvent être mesurés, documentés et vérifiés par rapport aux objectifs définis pour atteindre les buts de la proposition. Tout incite donc à des résultats clairs, simples, mesurables et correctement communiqués de façon périodique. Les mesures plus larges des résultats ne sont pas à omettre, mais la **performance de base reposera sur un nombre précis d'objectifs clairs et pertinents**.

Un Financement basé sur la Performance permet de veiller à ce que l'argent soit bien dépensé par rapport aux buts du projet et, en définitive, à ce que les services soient fournis aux personnes touchées par la maladie. Les fonds collectés n'appartiennent ni au Fonds mondial ni aux programmes soutenus, mais aux personnes qui ont besoin des services de toute urgence. Un Financement basé sur la Performance génère également une base factuelle servant à faire campagne en faveur d'un financement durable et sérieux.

Cadre de Financement basé sur la Performance

Le système de Financement basé sur la Performance du Fonds mondial vise à :

- Veiller à ce que l'argent soit investi dans des services destinés aux nécessiteux
- Lier les décaissements à la réalisation des objectifs
- Inciter à se concentrer sur les résultats et la mise en œuvre en temps voulu
- Libérer les ressources des programmes non performants pour les redistribuer à des programmes plus prometteurs.

2. Quand intervient la communication des résultats pour les subventions ?

En collaboration avec les partenaires techniques, le Fonds mondial a mis au point un ensemble d'outils pour faciliter la gestion des subventions et le Financement basé sur la Performance tout au long du cycle de vie d'une subvention. Ces outils surveillent les objectifs de performance et leur réalisation au moyen d'un ensemble clair d'indicateurs et d'objectifs tirés de la proposition d'origine et reportés dans l'Accord de subvention. Les données communiquées sont ainsi exploitées et utilisées pour les décisions à chaque étape.

Les informations collectées sont utilisées à trois étapes de l'évaluation de la performance :

- **Décaissements réguliers (semestriels par défaut)** : Quelques indicateurs de résultats sont définis pour les déblocages financiers réguliers tous les trimestres ou semestres. L'argent est débloqué en fonction des demandes de décaissements qui doivent être accompagnées de mises à jour sur les résultats obtenus par rapport aux objectifs, et d'une explication ou autoévaluation du programme. Il n'est pas nécessaire de fixer des objectifs et de communiquer les résultats de chaque indicateur à tout moment. La période de reporting doit être alignée sur le système d'information national. Les bénéficiaires de subventions doivent expliquer pourquoi les résultats ne sont pas conformes aux objectifs.
- **Vérifications annuelles (tous les 12 mois)** : Ces vérifications synthétisent les résultats de tous les indicateurs sur l'ensemble de l'année, et incluent une autoévaluation des résultats, des obstacles, des succès et des échecs. Le Fonds mondial utilise ces vérifications, d'une part pour présenter la situation dans la mise en œuvre des programmes de son portefeuille, et d'autre part comme source principale d'informations contextuelles pour interpréter l'élément de performance minimum que sont les résultats par rapport aux objectifs. Le Fonds mondial n'exige pas de rapport spécifique et peut utiliser les vérifications annuelles existantes ou les rapports annuels sur les programmes.
- **Evaluation pour la Phase 2 (tous les 18 à 20 mois)** : Les fonds sont engagés pour une première période de deux ans. Au bout de 18 mois, le programme adresse une demande de fonds pour la Phase 2 afin de financer trois années supplémentaires (pour un plan total de 5 ans). Un bilan global des résultats est utilisé par le Secrétariat du Fonds mondial pour la recommandation d'autres fonds pour la Phase 2. Ce bilan se compose d'un rapport exhaustif sur les résultats par rapport aux objectifs et aux buts de la proposition, et sur les principaux services fournis dans la lutte contre les trois maladies. Une autoévaluation par le programme est importante, avec éventuellement la suggestion de changements à partir des leçons tirées. Bien que les objectifs ne doivent pas être modifiés, les déviations des résultats par rapport aux objectifs sont prises en compte dans la notation de la performance. Une ***fiche de résultats*** combinant une synthèse des résultats, une vérification indépendante et une évaluation des données concernant les résultats obtenus par la subvention est élaborée. C'est cette fiche de résultats qui sert de base aux décisions de financement de la phase 2 prises par le Conseil.

Même si le Financement basé sur la Performance des subventions atteint un point critique lors de l'étape de financement de la Phase 2, le système de mesure et d'évaluation démarre dès le début de la subvention, c'est-à-dire lorsque les indicateurs et les objectifs sont déterminés par les bénéficiaires et le Fonds mondial, et intégrés dans l'Accord de subvention initial.

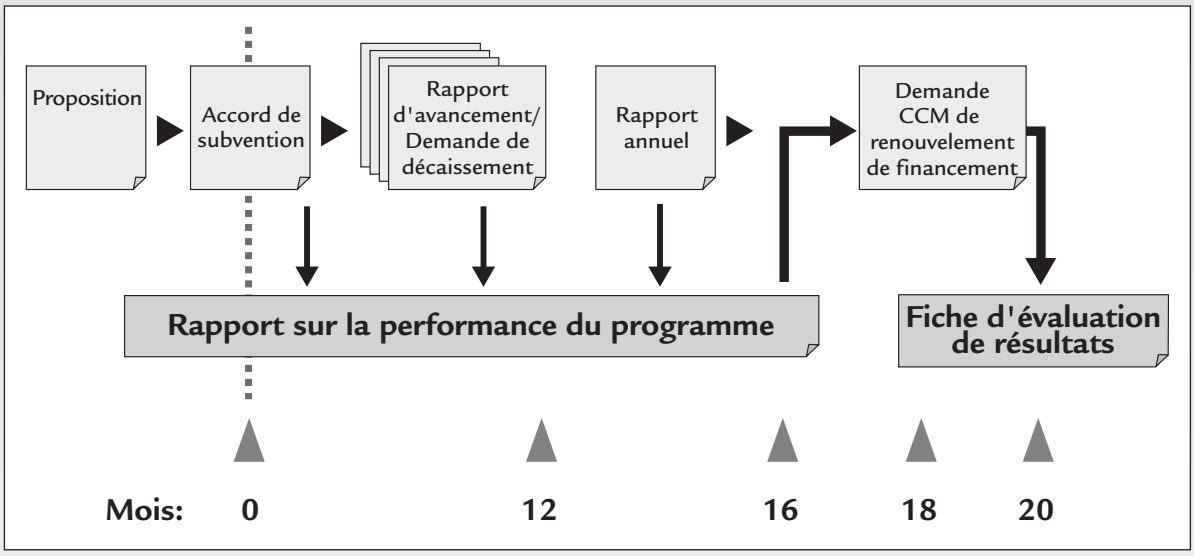
Les objectifs sont suivis à chaque étape du processus (voir figure ci-après). Ils sont définis dans la proposition de subvention et intégrés dans l'Accord de subvention (dans la pièce jointe concernant le S&E), puis les résultats sont communiqués avant chaque décaissement (mise à jour des résultats) et dans les vérifications annuelles, et consolidés dans la demande de prolongation de financement pour la Phase 2 déposée par les instances de coordination nationale. Le Financement basé sur la Performance est omniprésent tout au long du cycle de vie de la subvention.

Il est important de souligner que le but du Financement basé sur la Performance est d'utiliser les résultats communiqués pour l'autoévaluation et pour les décisions au niveau des programmes et du Fonds mondial. Les résultats par rapport aux objectifs servent seulement de base à une évaluation de la performance. L'autoévaluation

et l'explication des résultats par le programme, de même que les mesures correctives proposées pour un apprentissage rapide et une extension des programmes, sont également importantes. La performance globale inclut aussi bien l'évaluation quantitative des résultats par rapport aux objectifs que l'évaluation qualitative des résultats et des facteurs contextuels.

Enfin, **la responsabilité nationale** est la base du Financement basé sur la Performance. Les objectifs doivent être cohérents avec les propositions nationales et acceptés par les deux parties dans l'Accord de subvention.

Figure 1 : Etapes d'octroi de subventions par le Fonds mondial et de compte-rendu des résultats



3. Comment utiliser le guide pour une subvention du Fonds mondial ?

Ce document doit servir de guide pour la proposition de subvention, la finalisation de l'Accord de subvention S&E stipulant les indicateurs et les objectifs, et le reporting tout au long du cycle de vie de la subvention. Un plan de S&E est obligatoire. Il est possible d'utiliser un plan qui existe déjà dans le pays si celui-ci est pertinent. Le guide de S&E sert à choisir le noyau d'indicateurs à utiliser pour le S&E, et à déterminer ceux qui seront utilisés pour le reporting au Fonds mondial. Dans les niveaux de S&E, il convient de faire la différence entre **l'ensemble d'indicateurs plus complet servant à la gestion d'un programme**, d'une part, et le **noyau d'indicateurs nécessaires au reporting auprès des bailleurs de fonds et au niveau international**, d'autre part.

Le but du Fonds mondial est d'offrir des services de qualité à une population pour lutter contre des trois maladies. Dès la mise en place du programme, il s'agit de collecter des informations relatives au nombre de personnes ayant bénéficié des services. Les données sur les indicateurs de résultat et d'impact seront ensuite ajoutées. Le souhait du Fonds mondial est de simplifier le reporting en mettant l'accent sur :

- **Le renforcement des capacités (dès le début de la subvention)** : personnes formées et points de service assurés ;
- **Les personnes ayant bénéficié des services (sur une période de 12 mois)** : pour la prévention, le traitement et la prise en charge ;
- **La lutte contre les maladies (sur une période de 1 à 5 ans)** : impacts sur le changement de comportement et les maladies

Le Fonds mondial a conscience que cela nécessite le renforcement des systèmes de santé ; le guide inclut donc également des indicateurs de prestations de services ayant trait au renforcement des systèmes de santé. Ceux-ci peuvent être directement inclus comme composants dans les maladies du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme.

Le but premier est d'accroître la couverture de la prévention, du traitement et de la prise en charge du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme, et de mesurer cette couverture. A des fins de reporting à l'échelle internationale, l'accent est mis sur quelques indicateurs standard de haut niveau sur le nombre de personnes ayant bénéficié des services.

Les changements de comportements au sein de la population et l'impact sur les maladies sont également présentés, en collaboration avec les partenaires nationaux. Parallèlement aux étapes classiques de S&E, l'accent est mis sur l'accroissement de la prestation de services (formation, points de prestation de services assurés et population ayant bénéficié des services). Le tableau ci-après propose un rapprochement entre le cadre international et les différents niveaux de reporting au Fonds mondial.

Tableau 4 : Proposition de rapprochement entre le cadre international et les différents niveaux de reporting au Fonds mondial

Cadre international	Cadre de reporting au Fonds mondial	Exemples de domaines
Indicateurs d'apport	**Renforcement des capacités** (personnes formées et points de service assurés)	• Ressources Humaines • Formulation de politique • Apports financiers • Construction et réhabilitation des infrastructures
Indicateurs de processus		• **Personnes formées** • Médicaments achetés • Besoins et marchandises de base achetées • Coordination assurée
Indicateurs de résultat		• Points de prestation de services **(nombre de points de service assurés)**
	Personnes ayant bénéficié des services (et services fournis)	• Personnes bénéficiant des interventions **(nombre de personnes ayant bénéficié des services)**
Indicateurs d'effet/d'impact	**Lutte contre les trois maladies** (changement de comportement et impact)	• Changement de comportement, et réduction de la morbidité et de la mortalité

4. Comment simplifier le S&E et le reporting au Fonds mondial ?

Au niveau national, il existe divers systèmes de collecte de données et mécanismes pour distribuer les flux de ressources qui alimentent la gestion quotidienne des subventions. Le Fonds mondial s'intéresse uniquement à un petit ensemble d'indicateurs (la « pointe émergée de l'iceberg ») pour veiller à ce que les programmes subventionnés apportent à une plus grande population les services vitaux dont elle a besoin.

Le reporting doit se limiter à **quelques indicateurs pour des domaines de prestation de services définis correspondant aux buts et aux objectifs des subventions**. En général, le reporting se limite à un très faible nombre d'indicateurs par domaine de prestation de services (afin de déterminer le nombre de personnes ayant bénéficié des services, les points de service assurés et les personnes formées). Le Financement basé sur la Performance se concentre sur *5 à 10 indicateurs de base par subvention*, 15 indicateurs au total.

Par ailleurs, les subventions doivent **exploiter au maximum les systèmes de S&E existants** dans les pays. Ces systèmes occupent une place fondamentale dans le reporting au Fonds mondial. Il convient d'établir une distinction importante entre les informations qui seront collectées pour la gestion de programme et les besoins de S&E au niveau du pays (qui comportent beaucoup plus d'indicateurs), d'une part, et les informations qui sont communiquées au Fonds mondial pour évaluer la performance programmatique (accent sur 5 à 10 indicateurs, 15 étant présentés au total), d'autre part. Les indicateurs à la base du reporting au Fonds mondial constituent un ensemble de base extrait du plan de S&E général. Le reporting au Fonds mondial doit communiquer un sous-ensemble restreint d'informations. Pour que ces informations puissent être communiquées, les pays doivent toutefois posséder une base solide pour guider la collecte des données. L'évaluation de la performance sera fondée sur la qualité de mesure des indicateurs par rapport aux objectifs définis pour chaque domaine de prestation de services.

L'évaluation de la performance sert à veiller à ce que les fonds soient attribués correctement. Elle sert aussi de **plate-forme permettant aux programmes de communiquer les résultats de manière interne et externe, et de présenter leurs arguments pour que le financement soit maintenu**.

Le plan de S&E doit, dans la mesure du possible, utiliser les programmes et politiques nationaux déjà en place. Le plan de S&E est la charnière de la demande de subvention et de l'Accord de subvention signé par les deux parties, ainsi que la base du principe de « financement continu basé sur la performance ». Lorsqu'il existe un plan de S&E pour un programme national, le cadre de reporting S&E pour le Fonds mondial doit s'en inspirer. Plusieurs indicateurs ne forment donc que la « pointe de l'iceberg » du plan de suivi et d'évaluation complet, et doivent être interprétés dans ce contexte plus large.

5. Comment choisir les indicateurs et les objectifs à communiquer au Fonds mondial ?

Les programmes ou projets doivent avoir des buts et des objectifs bien définis, condition sine qua non du reporting au Fonds mondial. Cela nécessite de définir des domaines de prestation de services qui serviront à sélectionner des indicateurs. Ces indicateurs doivent être fiables et mesurables. La cohérence des buts et des services fournis est importante pour évaluer à moyen terme les résultats obtenus en termes d'impact et de changement de comportement.

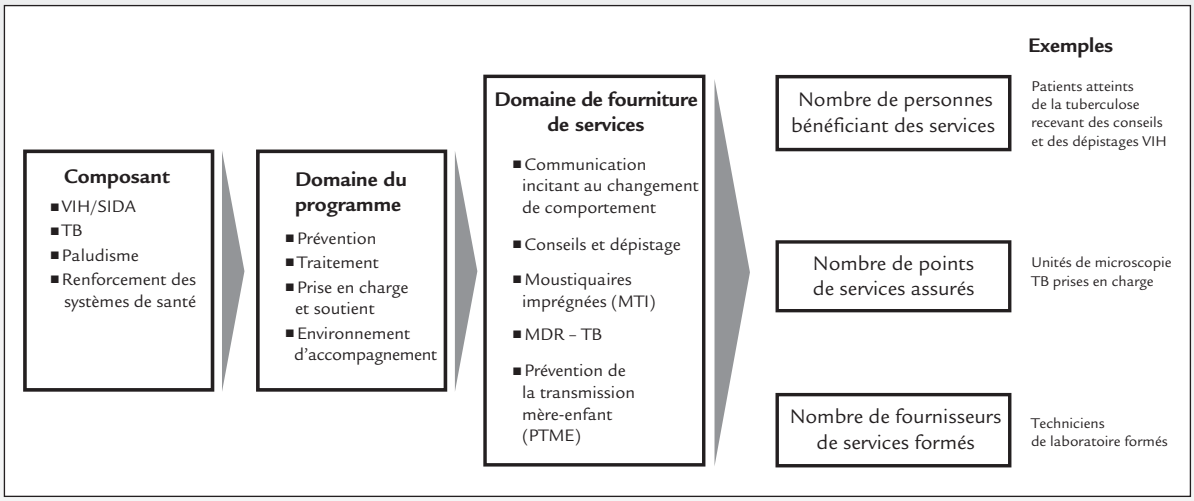
Les **buts généraux** doivent être larges et globaux : *« réduction de la mortalité due au VIH », « réduction du fardeau de la tuberculose », « réduction de la transmission du paludisme »*, etc. Pour chaque but, on choisira **des indicateurs d'impact**.

Les **objectifs** doivent être clairement définis pour chaque but. Ils décrivent l'intention des programmes pour lesquels un financement est demandé et fournissent un cadre pour la prestation des services. Exemples d'objectifs : *« améliorer le taux de survie des personnes atteintes d'une infection par le VIH avancée dans quatre provinces », « réduire la transmission de la tuberculose parmi les prisonniers dans les dix plus grandes prisons »* ou *« réduire la morbidité due au paludisme parmi les femmes enceintes dans sept districts ruraux »*.

L'étape suivante consiste à identifier les **principaux services qui seront fournis** et à préciser, pour chacun d'eux, des **indicateurs accompagnés d'objectifs** mesurables. En lien avec chaque objectif, les indicateurs sont donc regroupés dans leurs **domaines de prestation de services** respectifs (un domaine de prestation de services correspond à un service spécifique fourni).

Un programme a un ou deux buts. Chaque but a un objectif, chaque objectif comprend plusieurs Domaines de Prestation de Services (DPS) et chaque DPS est évalué sur la base d'un ou de plusieurs indicateurs.

Figure 2 : Relation entre les maladies, les domaines de prestation de services et les indicateurs



Le Fonds mondial **accorde une importance particulière à dix indicateurs** mesurant le nombre de personnes ayant bénéficié des services. Il s'agit de services standard qui peuvent faire l'objet de rapports routiniers et au niveau international. **Ces indicateurs doivent être intégrés dans le reporting où que les services interviennent.**

Tableau 5 : Les dix indicateurs destinés au reporting ordinaire au Fonds mondial

	Les dix indicateurs destinés au reporting ordinaire au Fonds mondial	Maladie
1	Nombre de personnes atteintes d'une infection au VIH avancée recevant actuellement une **thérapie antirétrovirale (ARV)**	*VIH*
2	Nombre de a. **nouveaux cas de TB à frottis positif détectés**, b. nouveaux cas de TB à frottis positif **achevant avec succès un traitement**, c. cas de TB inscrits pour commencer un **traitement de deuxième intention pour la tuberculose à bacilles multirésistants**	*TB*
3	Nombre de **MI** (dont kits de re-traitement pour les moustiquaires existantes) reçues par la population à risque (ou nombre d'habitations bénéficiant de pulvérisations résiduelles conformément aux directives nationales)	*Paludisme*
4	Nombre de personnes atteintes de paludisme simple ou grave recevant un **traitement antipaludique** conformément aux directives nationales (spécifier polythérapies à base d'artémisinine ou non)	*Paludisme*
5	Nombre de personnes ayant bénéficié de **conseils et d'un dépistage pour le VIH** avec transmission des résultats du dépistage	*VIH*
6	Nombre de femmes enceintes séropositives recevant une prophylaxie antirétrovirale complète pour réduire la transmission mère-enfant (**PTME**)	*VIH*
7	Nombre de **préservatifs** distribués	*VIH*
8	Nombre de personnes bénéficiant de **programmes à assise communautaire** (spécifier a. Prévention b. Soutien aux orphelins c. Prise en charge et soutien)	*VIH/TB/ Paludisme*
9	Nombre de personnes **traitées pour des infections liées au VIH** (spécifier a. traitement préventif contre VIH/TB b. IST et conseil)	*VIH/TB*
10	Nombre de **personnes formées** selon les recommandations documentées (spécifier a. Services sanitaires b. Programmes par des pairs et communautaires)	*VIH/TB/ Paludisme*

Du **moyen au long terme (1 à 5 ans)**, des **indicateurs de résultat et d'impact** montrant des réductions de l'incidence ou de la prévalence de la maladie et un changement de comportement doivent être choisis. Il convient ici de souligner que **ces indicateurs doivent être planifiés dès le début de la subvention** et qu'ils nécessitent des valeurs de base claires. Ils sont généralement plus difficiles et coûteux à suivre, mais ils contribuent aux efforts des programmes au niveau national. Les enquêtes existantes doivent être exploitées et les données analysées dans le cadre d'un effort collectif national. Les programmes doivent utiliser au maximum les informations de surveillance existantes, notamment les études d'impact et d'évaluation menées dans le pays. Si de telles enquêtes n'existent pas, le Fonds mondial recommande de développer ce type d'études en collaboration avec d'autres partenaires techniques du pays. L'argent du Fonds mondial doit servir à combler les lacunes, et les investissements en suivi et en évaluation sont vivement encouragés.

Tableau 6 : Les dix indicateurs de résultat et d'impact à moyen terme

	Dix principaux indicateurs de résultat et d'impact	Maladie	Source
1	Pourcentage d'hommes et de femmes entre 15 et 24 ans infectés par le VIH (**prévalence du VIH**) (applicable aux populations les plus à risque dans les épidémies concentrées/de faible niveau)	VIH	SEAGNU
2	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints par le VIH toujours en vie 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale (étendre à 2, 3, 5 ans au fur et à mesure du mûrissement du programme) (**mortalité réduite**)	VIH	SEAGNU
3	Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le VIH (**réduction de la transmission mère-enfant du VIH**)	VIH	SEAGNU
4	Pourcentage de jeunes entre 15 et 24 ans ayant eu plusieurs partenaires au cours de l'année passée (**partenaires multiples**)	VIH	OMS/ ONUSIDA
5	Pourcentage de jeunes entre 15 et 19 ans n'ayant jamais eu de rapports sexuels (**abstinence primaire**) et pourcentage de jeunes entre 15 et 24 ans n'ayant pas eu de rapports sexuels au cours de l'année passée parmi ceux qui ont déjà eu des rapports sexuels (**abstinence secondaire**)	VIH	OMS/ ONUSIDA
6	Pourcentage de jeunes entre 15 et 24 ans **ayant systématiquement recours au préservatif** avec les partenaires occasionnels	VIH	OMS/ ONUSIDA

	Dix principaux indicateurs de résultat et d'impact	Maladie	Source
7	Taux de **détection des cas de tuberculose** et taux de **réussite du traitement**	TB	OMS Halte à la tuberculose
8	Estimation du nombre de cas de tuberculose active sur 100 000 personnes (**taux de prévalence de la tuberculose**)	TB	OMS Halte à la tuberculose
9	**Décès attribués au paludisme** (mortalité quelle qu'en soit la cause chez les moins de 5 ans dans les régions très endémiques)	Paludisme	OMS FRP
10	**Incidence des cas de paludisme clinique** (estimation et/ou signalement)	Paludisme	OMS FRP

Les bases sont déterminées et les objectifs sont fixés pour des mesures régulières successives sur cinq ans. Les moments choisis pour mesurer ces objectifs réguliers doivent, dans la mesure du possible, être alignés sur les systèmes existants de collecte et de communication des données. Il convient de souligner que tous les indicateurs n'ont pas besoin d'être présentés à chaque période de décaissements mais que les résultats doivent être consolidés sur un an pour la vérification annuelle.

N'oubliez pas

- Dans la mesure du possible, choisissez des indicateurs dans les plans de S&E existants, en accord avec les stratégies nationales.
- Sélectionnez des indicateurs simples (qui ont déjà été testés), et des outils de suivi qui existent déjà.
- Dosez l'utilisation de données provenant d'enquêtes périodiques et de données issues de statistiques sanitaires ordinaires. Les informations manquantes, surtout pour les indicateurs de résultat et d'impact, peuvent être complétées par des enquêtes. Toutefois, les enquêtes ne fournissent pas des résultats aussi régulièrement que les systèmes classiques.
- **Etablissez des bases pour chacun des principaux indicateurs.** Les résultats communiqués doivent être cumulatifs sur chaque phase de financement, sauf s'ils concernent les mêmes personnes ; par exemple, si des personnes ayant bénéficié d'un programme pilote ARV sont traitées dans le programme subventionné.
- Si les résultats sont en **pourcentage, il est important d'indiquer les numérateurs et les dénominateurs.**
- Evitez de compter deux fois le même individu dans un même programme/domaine de service à chaque période de reporting. Il est toutefois possible de compter la même personne dans plusieurs programmes/domaines de service (par exemple ARV et soins palliatifs).
- La formation fait référence aussi bien aux nouvelles formations qu'aux re-formations, et sous-entend que celles-ci soient menées conformément aux normes nationales ou internationales en vigueur. Il est très important que les normes de formation reconnues soient précisées (avec les objectifs, la durée et le suivi), et qu'un suivi ait lieu pour veiller à ce que les personnes formées pratiquent la prestation de services.

V. Cadre de reporting spécifique à chaque composante

Cette section du guide présente une section d'indicateurs (1) programmatiques et (2) de résultat et d'impact pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Des indicateurs pour le renforcement des systèmes de santé sont également proposés. Les tableaux récapitulatifs donnent un aperçu des indicateurs décrits plus en détail dans les annexes. Ces indicateurs ont été développés par un grand nombre d'experts et de bailleurs de fonds internationaux et nationaux. Ils ont été mis au point dans le but spécifique de réduire la charge d'informations pesant sur les pays. Le processus d'élaboration des indicateurs a été guidé par six principes majeurs :

- Mettre à profit les indicateurs existants ;
- Minimiser le nombre d'indicateurs à suivre ;
- Sélectionner les indicateurs qui sont régulièrement utilisés par les systèmes d'information sanitaire ou les enquêtes de population reconnues (MICS, DHS, DHS+);
- Harmoniser les besoins de S&E nationaux et ceux des bailleurs de fonds ;
- Les harmoniser avec d'autres cadres internationaux comme la SEAGNU et les Objectifs de développement du millénaire (ODM) ;
- Couvrir une diversité de domaines et de secteurs relatifs au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme dans les programmes ;

Pour chaque maladie, il convient de définir les domaines généraux du programme. Dans le cas du VIH/SIDA, par exemple, ils incluront la prévention, le traitement, la prise en charge et le soutien, et les environnements accompagnateurs. Les **annexes du guide** donnent des informations sur :

- La justification de l'utilisation ;
- La définition, notamment le numérateur et le dénominateur ;
- La mesure, c'est-à-dire les détails des instruments et du processus, avec :
  - Les outils de mesure : statistiques des services sanitaires, enquêtes auprès des établissements de santé, méthodes qualitatives, surveillance sentinelle, enquêtes de population
  - La périodicité recommandée pour la collecte des données
- Les ressources, à savoir les groupes de référence, les sources d'assistance technique, et les directives.

N'oubliez pas

- **Les tableaux présentés pour chaque composante ne proposent pas une liste exhaustive de tous les indicateurs.** Leur but est plutôt de fournir aux utilisateurs une sélection des indicateurs les plus couramment utilisés pour les domaines d'activité spécifiques. Vous trouverez une liste complète de tous les indicateurs existants dans les sections consacrées aux directives. Ces sections énumèrent tous les guides de S&E disponibles dans lesquels figurent les indicateurs pour les programmes.
- Les indicateurs d'apport et de résultat faisant référence à des nombres (comme le nombre de personnes formées) ne sont généralement pas définis dans l'annexe du guide.[1] Les subventions peuvent inclure le nombre de personnes formées et les points de service assurés comme indicateurs génériques avec les définitions programmatiques correspondantes (exemple : normes de formation claires).
- Afin que les indicateurs figurant dans les tableaux récapitulatifs puissent être facilement retrouvés dans les annexes correspondantes, ils ont été abrégés de la manière suivante : première lettre du domaine d'activité (c'est-à-dire prévention, prise en charge et soutien, traitement et indicateur d'effet) suivie d'un chiffre (1, 2, 3, etc.). Le premier indicateur de prévention est donc appelé P1 (indicateur de prévention 1), et ainsi de suite. Ces dénominations n'ont rien à voir avec d'autres catégorisations utilisées dans d'autres publications pour les mêmes indicateurs.
- **Le renforcement des systèmes de santé (RSS) est inclus dans un chapitre séparé de ce guide. Toutefois, un domaine de prestation de services entrant dans le RSS peut également être intégré dans les subventions spécifiques aux maladies. Les détails sur les subventions du Fonds mondial peuvent être consultés pour évaluer la meilleure stratégie.**

1 *En général, il existe des points communs sur le plan médical/de santé publique entre les domaines des trois différentes maladies. Ces points communs ne sont par conséquent pas spécifiés pour chacune d'elles. Lorsqu'il existe quelques différences parmi les trois maladies, ces indicateurs prennent généralement les formes suivantes : (1)* ***Indicateur d'apport type****: existence de politiques, de directives ou de stratégies nationales. Il s'agit ici d'une question «oui»/»non». Le reporting de l'attribution d'un budget est considéré comme un apport. (2)* ***Indicateur de résultat type****: Nombre de personnes formées, nombre de médicaments expédiés/commandés, etc.*

VI. VIH/SIDA

Cette section du guide fournit un aperçu des indicateurs de résultat, d'effet et d'impact, et des ressources de S&E générales pour le VIH/SIDA. La plupart des indicateurs énumérés sont extraits de directives de S&E internationales qui ont été développées conjointement par les principaux partenaires internationaux pour éviter toute duplication des efforts et réduire la charge de reporting pour les pays. Ainsi, si la révision de certains indicateurs paraît inévitable, le recours à des indicateurs acceptés est cependant fortement encouragé lorsque cela est possible.

La plupart des indicateurs utilisés pour le VIH/SIDA sont *applicables* à la plupart des milieux, l'exception principale étant les indicateurs couvrant les consommateurs de drogues injectables (CDI) et la prévalence du VIH. L'indicateur CDI est applicable aux pays où la consommation de drogues injectables est un mode de transmission du VIH nettement établi et assez significatif. De même, l'indicateur portant sur les orphelins et enfants vulnérables (OEV) est moins pertinent dans les épidémies de faible niveau/concentrées. Les pays avec une faible prévalence du VIH ou une épidémie concentrée doivent utiliser un autre indicateur de prévalence du VIH parmi les groupes à haut risque ou les jeunes, par ex. les données de surveillance des cliniques prénatales.

Les sources citées à la fin de cette section donnent des détails sur les indicateurs les plus récents. Le domaine évolue rapidement mais les principaux partenaires ont convenu d'un certain nombre d'indicateurs pour les divers programmes ou initiatives. Le récent développement de la thérapie ARV, grâce à l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS, du Plan d'urgence, de la Banque mondiale, du Fonds mondial et d'autres partenaires, a débouché sur un certain nombre de directives de S&E internationales consacrées à la prévention, à la prise en charge et au traitement. D'autres indicateurs figurent dans les documents énumérés dans la section « Directives et références essentielles ».

Plusieurs objectifs importants ont été définis dans le cadre des Objectifs de développement du millénaire (ODM), des objectifs de la SEAGNU et des engagements des dirigeants du G8.

Principaux objectifs et cibles pour le VIH/SIDA

Objectifs de développement du millénaire (ODM) :

Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

Cible 7 : D'ici 2015 avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle

Objectifs de la SEAGNU – Accès universel aux programmes ARV d'ici 2010 :

- D'ici 2010, 95 % des femmes et hommes entre 15 à 24 ans sauront comment prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle et auront rejeté les fausses idées principales à propos de la transmission du VIH.
- D'ici 2010, réduction de 25 % du nombre d'hommes et de femmes entre 15 à 24 ans infectés par le VIH dans le monde
- D'ici 2010, réduction de 50 % du nombre de nourrissons infectés nés de mères elles-mêmes infectées par le VIH

Engagement des dirigeants du G8 :

« Offrir un accès aussi universel que possible au traitement contre le SIDA d'ici 2010 »

En collaboration avec l'ONUSIDA, l'OMS a défini une série d'interventions dans le domaine du VIH/SIDA. Certaines de ces interventions, voire toutes, peuvent être appliquées aux différents groupes cibles envisagés dans les programmes :

- Ensemble de la population
- Sous-groupes de population (jeunes, femmes, hommes, femmes enceintes, autres)
- Population la plus à risque (CDI, HSH, PS et leurs clients)
- Orphelins et enfants vulnérables

Chaque pays/programme définit la série d'interventions qui doit s'appliquer à la population cible.

Outils de mesure et sources d'information

Principaux outils de mesure :

- Statistiques des établissements de santé
- Rapports des programmes à assise communautaire
- Etudes de surveillance
- Représentants nationaux, enquêtes par sondage de la population comme les Enquêtes démographiques et de santé (DHS et DHS+, EIS, MICS)
- Enquêtes auprès des écoles, des établissements de santé et sur le lieu de travail
- Enquêtes et questionnaires spéciaux comme les enquêtes auprès de groupes spécifiques (exemples : enquêtes ciblées auprès des populations les plus à risque et enquêtes de couverture pour un service spécifique (SAM et le questionnaire National Composite Policy Index).

Les ressources de suivi existantes, dont les registres et les bilans de programme des établissements de santé et des écoles, ainsi que les informations spécifiques provenant des activités de surveillance et programmes de contrôle portant sur le VIH/SIDA et les IST doivent compléter les principaux outils de mesure. La société civile est également une source d'information précieuse pour de nombreux indicateurs, en particulier ceux qui ont trait aux interventions où des organisations non gouvernementales, religieuses et à assise communautaire jouent un rôle actif, par exemple auprès des jeunes, des populations les plus à risque et des femmes enceintes.[2]

L'importance de la qualité des services

Pour obtenir les résultats souhaités, la qualité des activités et des services mis en œuvre est cruciale. Si les interventions sont de mauvaise qualité, les résultats des activités ne seront pas optimaux même si les interventions avaient à la base un fort potentiel de couverture. Il est donc important de surveiller la *qualité* des activités et des services pour obtenir des résultats efficaces. Cela doit être intégré dans le plan de S&E en complément des indicateurs de résultat communiqués.

Même si une grande partie des indicateurs cités dans ce guide établit en définitive un comptage des centres fournissant les services ou des personnes ayant bénéficié des services, l'aspect qualité de ces indicateurs doit être soigneusement documenté en se reportant aux normes nationales et internationales de prestation de services. Par exemple, le nombre de personnes formées aux ARV ne vise pas simplement à recenser toutes les personnes formées aux ARV, quel que soit le contenu de la formation ; son but est plutôt de recenser le nombre de personnes formées conformément à des *critères spécifiques* ou satisfaisant un niveau acceptable. De même, le nombre de centres fournissant un service particulier recense le nombre de centres possédant des systèmes et des éléments satisfaisant des critères minimum. Dans l'esprit des « Trois principes », il peut être utile pour les pays d'introduire un système d'agrément pour les centres[3] ou bien un système d'homologation pour les personnes formées dans certains domaines de prestation de services[4] afin de disposer d'un moyen de vérification standard de la qualité.

Changements par rapport à la première version du guide de S&E : le même cadre de mesure et de reporting décrit dans le guide initial, est utilisé. Les changements les plus importants sont les suivants : la composante TB/VIH est inclue dans la section sur le VIH et la TB, les activités communautaires de proximité sont élargies et la prévention auprès de la PPR a été ajoutée à la section consacrée au VIH. Lorsque des services supplémentaires spécifiques sont fournis à la PPR ou à d'autres sous-groupes de population (comme le conseil et le dépistage), ceux-ci doivent être spécifiés dans le cadre de ces services avec un indicateur portant sur les groupes spécifiques. L'éducation des jeunes figure désormais dans le domaine de la communication incitative au changement de comportement. L'expérience a montré que des services précis n'étaient souvent pas bien définis, lorsque les jeunes et la PPR étaient compris comme des DPS séparés plutôt que représentés avec des indicateurs précis pour les domaines de prestation de services standard.

---

2 *Texte extrait des directives SEAGNU pour l'élaboration d'indicateurs de base, 2006.*

3 *L'OMS élabore actuellement un guide pour les programmes d'agrément de la prise en charge du VIH, lequel précisera globalement les divers composants et exigences de base d'un programme d'agrément, et la façon de mettre en place un tel programme. L'OMS projette également d'élaborer un guide opérationnel pour les processus d'agrément.*

4 *L'OMS élabore en ce moment des outils et des procédures d'homologation pour le guide ARV de base GIMA (gestion intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte) ainsi que pour des supports de formation en matière de PTME.*

Tableau 7 : Sélection d'indicateurs programmatiques pour le VIH/SIDA

Les statistiques sanitaires mensuelles et la vérification annuelle du programme suffisent pour collecter les informations relatives à la plupart de ces indicateurs. En revanche, les enquêtes comme les enquêtes scolaires sont plus appropriées pour d'autres indicateurs. Les indicateurs génériques mesurant le ***nombre de personnes formées*** et les ***points de service*** assurés peuvent être utilisés pour les domaines de prestation de services lorsque ceux-ci ne sont pas spécifiquement définis.

	Domaine de prestation de services	Indicateurs de résultat	Exemples d'indicateurs d'effet/d'impact
	Communication incitative au changement de comportement (CCC) – médias de masse	• Information, éducation et communication (IEC) sur le VIH/SIDA diffusées ou distribuées (radio & télévision/journaux) (nombre)	• Personnes (par âge et par sexe) ayant eu plusieurs partenaires au cours de l'année passée (pourcentage) (**Partenaires multiples**) (VIH-IE 1) *(peut être appliqué à la PPR ou à des sous-groupes de population)* • CDI ayant adopté des comportements réduisant la transmission du VIH (pourcentage) SEAGNU (VIH-IE 5) *Voir tableau 8 pour d'autres indicateurs de comportement*
Prévention	**Communication incitative au changement de comportement – proximité communautair**	• Nombre de jeunes ayant bénéficié d'une éducation sur le VIH/SIDA basée sur la dynamique de la vie dans les écoles (nombre et pourcentage) • Ecoles comportant au moins un enseignant qui a été formé à l'éducation sur le VIH/SIDA participative et basée sur la dynamique de la vie, et qui l'a enseignée au cours de la dernière année scolaire (nombre et pourcentage). *SEAGNU.* VIH-IP 1) • Nombre de jeunes ayant bénéficié d'une éducation sur le VIH/SIDA dans des milieux extrascolaires (nombre et pourcentage) • Jeunes entre 15 et 24 ans connaissant les façons de prévenir la transmission du VIH par les rapports sexuels et rejetant les fausses idées principales sur la transmission du VIH (pourcentage) SEAGNU (VIH-IP 3) • Individus (c à d pairs éducateurs) formés (spécifier si formés pour des sous-groupes spécifiques de la PPR) (nombre) • Nombre de personnes ayant bénéficié d'une éducation de proximité et par des pairs pour la prévention dans le cadre de la CCC (nombre) SEAGNU (peut être appliqué à la PPR ou à des sous-groupes de population) • CDI ayant bénéficié de programmes de prévention contre le VIH/SIDA* (nombre et pourcentage) (VIH-IP 2) • HSH ayant bénéficié de programmes de prévention contre le VIH/SIDA* (nombre et pourcentage) (VIH-IP 2) • Professionnels du sexe et clients ayant bénéficié de programmes de prévention contre le VIH/SIDA* (nombre et pourcentage) (VIH-IP 2)	
	Distribution de préservatifs	• Préservatifs vendus dans le commerce privé (nombre) • Préservatifs distribués gratuitement (nombre) • Commerces de détail et points de distribution ayant des préservatifs en stock (nombre) (VIH-IP 4) (distinction possible entre le secteur public et privé) • Zones d'intervention clés couvertes par des points de distribution de préservatifs (régions avec concentration de PPR) (nombre)	• Jeunes indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels avec un partenaire occasionnel (pourcentage) • Jeunes entre 15 et 24 ans indiquant a voir eu systématiquement recours au préservatif avec les partenaires occasionnels au cours de l'année passée (pourcentage) (VIH-IE 4) *Voir Tableau 8 pour d'autres indicateurs de comportement.*

	Domaine de prestation de services	Indicateurs de résultat	Exemples d'indicateurs d'effet/d'impact
Prévention	**Dépistage et conseil**	• Personnes bénéficiant d'un dépistage du VIH et de conseils (avec transmission du résultat du dépistage) (nombre) (VIH-IP 5) • Centres offrant des conseils et un dépistage conformes aux normes nationales (nombre) • PPR ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissant les résultats SEAGNU (nombre et pourcentage) • PVAVS testées positives ayant reçu des conseils en prévention positive (nombre et pourcentage)	
	PTME	• Centres offrant la série minimum de prestations en PTME (nombre et pourcentage) (VIH-IP 6) • Femmes enceintes séropositives recevant une prophylaxie antirétrovirale complète pour réduire le risque de transmission mère-enfant (nombre et pourcentage) SEAGNU (VIH-IP 7) • Nourrissons exposés au VIH reçus en consultation pour un check-up lors de 2 premiers mois (nombre et pourcentage) • Nourrissons et enfants exposés au VIH recevant un traitement prophylactique par cotrimoxazole (TPC) (nombre et pourcentage)	
	Prophylaxie post-exposition (PPE)	• Personnes recevant une prophylaxie post-exposition (nombre)	
	Diagnostic et traitement des IST	• Patients atteints d'IST, dans des établissements de santé, qui ont été correctement diagnostiqués, traités et conseillés (peut être appliqué à la PPR ou à des sous-groupes de population) (nombre et pourcentage) (VIH-IP 8)	
	Sécurité transfusionnelle et précaution universelle	• Districts avec accès au recrutement de donneurs de sang et à la transfusion sanguine (nombre et pourcentage) (VIH-IP 9) • Unités de sang transfusées testées pour vérifier l'absence du VIH conformément aux directives nationales (nombre et pourcentage) SEAGNU (VIH-IP 10)	
Traitement	**Thérapie antirétrovirale (ARV) et suivi**	• Personnes atteintes d'une infection au VIH avancée qui reçoivent une thérapie basée sur une combinaison d'antirétroviraux (nombre et pourcentage) SEAGNU (HIV-IT 1) • Etablissements de santé en mesure de fournir des soins cliniques avancés pour le VIH ainsi que des services de soutien psychologique, avec fourniture et suivi des traitements ARV (nombre et pourcentage) (VIH-IT 2)	• Adultes et enfants toujours sous traitement 6 mois, 1, 2, 3, 5 ans après le début du traitement (pourcentage)
	Prophylaxie et traitement des infections opportunistes	• PVAVS diagnostiquées et traitées pour les infections opportunistes (nombre et pourcentage)	

	Domaine de prestation de services	Indicateurs de résultat	Exemples d'indicateurs d'effet/d'impact
Prise en charge et soutien	**Prise en charge et soutien pour les personnes atteintes de maladies chroniques**	• Adultes entre 18 et 59 ans qui ont souffert de maladies chroniques pendant 3 mois ou plus au cours des 12 derniers mois à cause du VIH/SIDA, et dont le foyer a reçu un soutien externe de base pour soigner les adultes atteints de maladies chroniques (nombre et pourcentage) • Nombre d'organisations à assise communautaire ayant reçu un soutien pour aider les PVAVS (nombre)	
	Soutien aux orphelins et enfants vulnérables	• Orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) à cause du VIH/SIDA, dont le foyer a reçu un soutien externe de base gratuit pour prendre soin de l'enfant (nombre et pourcentage) SEAGNU (VIH-PS 1) • Organisations à assise communautaire ayant reçu un soutien pour aider les OEV (nombre)	• Enfants orphelins comparés aux enfants non orphelins âgés de 10 à 14 ans qui sont actuellement scolarisés (pourcentage) (VIH-IE 6)
Activités conjointes TB/VIH	**Détection intensive des cas parmi les PVAVS**	• PVAVS recevant un dépistage et des conseils pour le VIH ou un traitement et une prise en charge du VIH qui ont été dépistés pour des symptômes de la tuberculose (nombre et pourcentage)** (TB-VIH 1)	
	Prévention de la maladie de la tuberculose chez les PVAVS	• Patients séropositifs récemment diagnostiqués recevant un traitement pour une infection tuberculeuse latente (nombre et pourcentage) (TB-VIH 3)	
	Prévention du VIH chez les patients atteints de tuberculose	• Patients tuberculeux répertoriés recevant des conseils et un dépistage pour le VIH (nombre et pourcentage)*** (TB-VIH 4)	
	Prévention des infections opportunistes chez les PVAVS atteintes de tuberculose	• Patients tuberculeux séropositifs sous thérapie préventive par cotrimoxazole (nombre et pourcentage) (TB-VIH 6)	
	Prise en charge et soutien VIH pour les patients tuberculeux séropositifs	• Patients tuberculeux séropositifs adressés à des services de prise en charge et de soutien pour le VIH pendant un traitement contre la tuberculose (nombre et pourcentage) (TB-VIH 7)	
	Prescription d'une thérapie antirétrovirale à des patients tuberculeux pendant un traitement contre la tuberculose	• Patients tuberculeux répertoriés qui sont séropositifs et qui ont entamé ou poursuivent un traitement ARV lors ou à la fin d'un traitement contre la tuberculose (nombre et pourcentage) (TB-VIH 8)	

	Domaine de prestation de services	Indicateurs de résultat	Exemples d'indicateurs d'effet/d'impact
Environnement accompagnateur	**Elaboration de politiques, notamment de politiques sur le lieu de travail**	• Grandes entreprises qui ont des politiques et des programmes portant sur le VIH/SIDA sur le lieu de travail (nombre et pourcentage) SEAGNU (HIV-EA 1) • Organisations locales ayant reçu une assistance technique pour l'élaboration de politiques concernant le VIH (nombre)	
	Renforcement de la société civile et des capacités institutionnelles	• ONG offrant des services de prévention, traitement, prise en charge et soutien conformes aux directives nationales dans le domaine du VIH/SIDA (nombre) • ONG travaillant activement dans la planification, la budgétisation, le suivi et l'évaluation des activités liées au VIH et au VIH/TB (nombre). • National Composite Policy Index (SEAGNU)	
	Réduction du stigma dans tous les milieux	• Décideurs politiques assistant à des ateliers de sensibilisation sur le VIH/SIDA et le VIH/TB (nombre)	

* *Pour chacun de ces sous-groupes, les activités de prévention à appliquer doivent être clairement définies : éducation de proximité et par des pairs, exposition à des médias de masse ciblés, dépistage et/ou traitement des IST, conseils et dépistage pour le VIH, thérapie de substitution et injections protégées pour les CDI, ou autre.*

** *Pour cet indicateur, le nombre de nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués doit également être communiqué (TB/VIH 2).*

*** *Pour cet indicateur, le nombre de patients tuberculeux répertoriés et chez qui une séropositivité a été découverte doit également être communiqué (TB/VIH 5).*

Une description détaillée de chacun des indicateurs évoqués ci-dessus figure dans l'Annexe A du guide, et les directives cadre sont citées dans la section ci-après intitulée « Directives et références essentielles ». Il convient de préciser que la liste des indicateurs présentés ci-dessus et dans l'annexe correspondante n'est pas exhaustive. Pour une liste plus complète de tous les indicateurs de base et supplémentaires dans ce domaine, nous vous renvoyons aux différentes directives sur les indicateurs.

Tableau 8 : Sélection d'indicateurs d'impact et d'effet pour le VIH/SIDA

	Indicateurs d'impact	Fréquence de reporting	Méthodes pour la collecte des données	Source
Indicateurs d'impact	• Hommes et femmes entre 15 et 24 ans infectés par le VIH (pourcentage) (**prévalence du VIH**) (applicable aux populations les plus à risque dans les épidémies concentrées/de faible niveau)	Annuelle	Surveillance sentinelle du VIH et enquête de population	SEAGNU
	• Adultes entre 15 et 49 ans infectés par le VIH pourcentage)	Annuelle	Surveillance sentinelle du VIH et enquête de population	OMS/ONUSIDA
	• Adultes et d'enfants atteints par le VIH toujours en vie 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale (étendre à 2, 3, 5 ans au fur et à mesure du mûrissement du programme) (pourcentage) (**mortalité réduite**)	Annuelle	Suivi du programme	SEAGNU

	Indicateurs d'impact	Fréquence de reporting	Méthodes pour la collecte des données	Source
Indicateurs d'impact	• Nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le VIH (pourcentage)	Annuelle	Estimation basée sur la couverture du programme	SEAGNU
	• Population la plus à risque (professionnels du sexe, clients des professionnels du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables) infectés par le VIH (pourcentage) (**Transmission réduite du VIH mère-enfant**)	Annuelle	Surveillance sentinelle du VIH	SEAGNU
	• **Séroprévalence du VIH** parmi tous les patients atteints de tuberculose récemment répertoriés (pourcentage) (TB-VIH 9)	Annuelle	Dépistage ordinaire du VIH, surveillance sentinelle, enquête spéciale périodique	OMS TB/VIH

	Indicateurs d'effet	Fréquence de reporting	Méthodes pour la collecte des données	Source
Indicateurs d'effet*	• **Partenaires multiples** : jeunes entre 15 et 24 ans ayant eu plusieurs partenaires au cours de l'année passée (pourcentage) (VIH-IE 1)	Tous les 2 à 3 ans	Enquête de population	OMS/ONUSIDA
	• **Abstinence primaire** : jeunes entre 15 et 19 ans n'ayant jamais eu de rapports sexuels (pourcentage) (VIH-IE 2)	Tous les 2 à 3 ans	Enquête de population	OMS/ONUSIDA
	• **Abstinence secondaire** : jeunes entre 15 et 24 ans n'ayant pas eu de rapports sexuels au cours de l'année passée parmi ceux qui ont déjà eu des rapports sexuels (pourcentage) (VIH-IE 3)	Tous les 2 à 3 ans	Enquête de population	OMS/ONUSIDA
	• **Utilisation systématique du préservatif** : jeunes entre 15 et 24 ans signalant avoir eu systématiquement recours au préservatif avec les partenaires occasionnels au cours de l'année passée (pourcentage) (VIH-IE 4)	Tous les 2 à 3 ans	Enquête de population	OMS/ONUSIDA
	• Jeunes, hommes et femmes, ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (l'âge peut être adapté – voir directives) (pourcentage)	Tous les 2 à 3 ans	Enquête de population	SEAGNU
	• Adultes et enfants toujours sous traitement 6 mois, 1, 2, 3, 5 ans après le début du traitement (pourcentage)	Annuelle	Suivi du programme	OMS/ONUSIDA
	• Consommateurs de drogues injectables qui ont adopté des comportements réduisant la transmission du VIH (en évitant l'échange de matériel non stérile et en utilisant des préservatifs) lors des 12 derniers mois (pour les pays où la consommation de drogues injectables est un mode de transmission établi) (pourcentage) (VIH-IE 5)	Tous les 2 à 3 ans	Enquête spéciale	SEAGNU
	• Enfants orphelins par rapport aux enfants non orphelins âgés de 10 à 14 ans actuellement scolarisés (pourcentage) (VIH-IE 6)	Tous les 2 à 3 ans	Enquête de population	ONUSIDA/UNICEF

	Indicateurs d'effet	Fréquence de reporting	Méthodes pour la collecte des données	Source
Indicateurs d'effet*	• Jeunes entre 15 et 24 ans indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels avec un partenaire occasionnel (pourcentage)	Tous les 2 à 3 ans	Enquête de population	Adapté d'ONUSIDA, Youth Guide, 2004
	• Personnes exprimant des attitudes d'acceptation vis-à-vis des PVAVS, parmi toutes les personnes entre 15 et 49 ans sondées (pourcentage)	Tous les 2 à 3 ans	Enquête de population	OMS/ONUSIDA
	• Professionnels du sexe féminins indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client le mois dernier (pourcentage)	Tous les 2 à 3 ans	Enquête spéciale	SEAGNU
	• Hommes ayant eu des rapports sexuels avec un professionnel du sexe féminin au cours de l'année passée (pourcentage)	Tous les 2 à 3 ans	Enquête spéciale	SEAGNU
	• Hommes indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin au cours des 6 derniers mois (pourcentage)	Tous les 2 à 3 ans	Enquête spéciale	SEAGNU

* *Les indicateurs de comportement sexuel vis-à-vis du VIH doivent être analysés ensemble pour évaluer le changement de comportement (car des interactions importantes peuvent intervenir). Partenaires sexuels occasionnels : la cohabitation n'est pas nécessairement une bonne mesure pour les partenaires occasionnels jeunes.*

Le tableau suivant propose un récapitulatif de certains des outils de mesure disponibles pour le suivi des indicateurs. Il indique le domaine de l'indicateur, les données disponibles, les limites et les recommandations. Dans la mesure du possible, ces sources d'information doivent être exploitées au maximum et utilisées dans le reporting.

Tableau 9 : Exemples d'outils de mesure

Domaine	Données disponibles	Limites	Recommandations
Impact ayant trait à la prévalence du VIH	• Surveillance sentinelle du VIH • Enquêtes de population recensant des spécimens pour le dépistage du VIH	• Difficulté à mesurer ou estimer précisément la taille de la population à risque • Distorsions d'échantillonnage dans les deux approches	• Les estimations de prévalence doivent comporter des fourchettes • Utilisez les directives de l'OMS/ONUSIDA pour mener des enquêtes sérologiques sentinelles ou mesurer la prévalence nationale du VIH dans les enquêtes de population
Impact ayant trait à la survie sous ARV	• Dossiers des patients des établissements cumulés	• Difficulté à retrouver les patients perdus • Les dossiers n'incluent pas les populations mobiles • La méthode des cohortes peut être complexe	• Mettez en place un système standardisé de suivi des patients et de reporting conformément aux recommandations de l'OMS
Connaissances et comportements au sein de la population générale	• Enquêtes de population (ESC, CAP, EDS, MICS)	• Distorsions liées à l'auto-reporting • Les enquêtes auprès des ménages ont tendance à sous-échantillonner la PPR • Enquêtes espacées de plusieurs années	• Faites attention au moment où les EDS et MICS sont effectuées dans un pays pour planifier la disponibilité des résultats

Domaine	Données disponibles	Limites	Recommandations
Connaissances et comportements au sein de la PPR	• Enquêtes spéciales auprès de la PPR dans le pays	• Difficulté à trouver un échantillon représentatif • Distorsions des réponses	• Prévoyez des enquêtes ciblant les PPR, notamment dans les épidémies concentrées • Reportez-vous au guide de S&E sur la PPR
Engagement, politiques et stratégies nationaux	• Questionnaire • Enquête auprès d'informateurs clés	• La qualité n'est pas toujours prise en compte	• Pour les indicateurs/ indices composites, adaptez les questions standard
Personnes formées dans divers domaines relatifs au VIH (prévention, traitement, prise en charge et soutien)	• Registres de formation • Registres d'homologation	• La formation n'est pas toujours standardisée • Les personnes présentes aux formations ne pratiquent pas toujours la prestation des services	• Les pays peuvent mettre en place des processus d'agrément pour veiller à ce que les personnes formées répondent aux normes nationales minimum applicables au sujet de la formation
Couverture de diverses prestations de services (ex: districts offrant les services, nombre d'établissements dotés des services)	• Rapports du ministère de la Santé • Rapports du programme • Enquêtes auprès des établissements de santé • Registres d'homologation des établissements • Registres des ONG	• Qualité diverse des services offerts – certains peuvent être inférieurs aux normes • Difficulté potentielle à recenser les prestations de services en dehors du secteur public	• Adaptez la définition standard des indicateurs qui énumèrent les critères qui font qu'un établissement de santé est adéquat pour offrir un service particulier • Mettez en place un système pour garder la trace des divers fournisseurs de services dans un district ou un pays
Nombre de personnes ayant bénéficié des services	• Système d'information sanitaire classique • Dossiers/registres des patients • Registres des ONG	• Difficulté potentielle à recenser les prestations de services en dehors du secteur public • Nécessité que des registres sur les patients ou qu'un système de gestion des dossiers existent	• Essayez de standardiser la collecte des données pour les différents services pour rassembler facilement les informations
Services TB/VIH	• Dossiers/registres des patients	• Les registres actuels ayant trait à la tuberculose et au VIH ne recensent pas nécessairement ces informations	• Il se peut que les registres aient besoin d'être modifiés pour recenser cette information; si nécessaire, modifiez les registres conformément aux recommandations de l'OMS
Services comportant des indicateurs transversaux où les données sont difficiles à extraire des registres existants	• Dossiers/registres/études spéciales sur les patients	• Les registres et formulaires de reporting actuels ne recensent pas nécessairement certaines de ces informations	• Les méthodes et les formes de collecte de données actuelles doivent être révisées pour voir comment ces informations peuvent être recensées • Les liens centraux peuvent nécessiter une systématisation et un renforcement

Domaine	Données disponibles	Limites	Recommandations
Informations sur les programmes et activités communautaires	• Formes de tenue de registres • Enquêtes spéciales	• Difficulté potentielle à recenser les prestations de services en dehors du secteur public • En cas d'intervention de plusieurs organisations, différents systèmes de tenue de registres peuvent être en place	• Mettez en place un système pour garder la trace des divers fournisseurs de services dans un district ou un pays • Les partenaires travaillant dans des communautés peuvent coordonner certaines des données de base à collecter pour que les informations puissent être rassemblées et communiquées
Indicateurs ayant trait aux populations les plus à risque comme les PS, les CDI, la population migrante, etc.	• Enquêtes et études spéciales • Registres des ONG	• Difficulté à mesurer précisément la taille des populations à risque • En raison de la mobilité de ces populations, la prudence s'impose pour éviter une duplication du comptage et savoir si des tendances peuvent être dégagées dans le temps	• Reportez-vous à la recommandation du guide international sur le S&E des populations les plus à risque • Harmonisez les besoins en matière de reporting des personnes travaillant auprès de populations spécifiques avec ceux de FMLSTP

Ressources générales

Le Département VIH/SIDA de l'OMS (http://www.who.int/hiv/en) peut apporter une aide très large, avec entre autres les dernières publications relatives au S&E dans le secteur de la santé. En sus des directives et des ressources générales dans le domaine, le site Web du Département VIH/SIDA de l'OMS fait le point concernant l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS, avec les principaux événements et chiffres.

Depuis la création du Secrétariat d'ONUSIDA, un certain nombre de structures et de groupes de ressources de S&E – principalement au niveau mondial – ont vu le jour afin d'améliorer la coordination entre les principaux acteurs du S&E.

Les structures de S&E incluent :

- L'unité de suivi et d'évaluation d'ONUSIDA – composée de membres du Secrétariat d'ONUSIDA – qui apporte son aide au développement de systèmes de S&E génériques pour l'échange d'informations stratégiques.
- L'unité Information stratégique et recherche (SIR) du Département VIH de l'OMS, qui élabore des directives normatives, et apporte une aide aux pays dans les domaines du suivi et de l'évaluation, de la recherche opérationnelle, de la pharmaco-résistance et de la politique.

Les groupes de ressources de S&E incluent :

- Le Monitoring and Evaluation Reference Group (MERG) d'ONUSIDA– composé de points focaux S&E codonateurs/Secrétariat, d'agences bilatérales, d'instituts de recherche et d'experts individuels – qui contribue à l'harmonisation des approches de S&E et à l'amélioration des méthodes.
- Le Estimates, Modelling and Projections Reference Group d'ONUSIDA et groupe de travail ONUSIDA/OMS pour la surveillance et les estimations concernant la transmission du VIH et la mortalité due au VIH.
- Le Global Monitoring and Evaluation Support Team (GAMET) – composé de personnel de la Banque mondiale et de délégués d'agences techniques – qui se concentre sur l'aide nationale en S&E dans les pays aidés par la Banque mondiale.
- Le groupe de travail sur le S&E du VIH/SIDA - composé de représentants des départements de l'OMS travaillant dans le S&E, d'ONUSIDA et du Fonds mondial – qui examine et passe en revue régulièrement les problèmes liés au suivi de l'extension du traitement et de la prévention contre le VIH.

Les membres des divers groupes de ressources ont contribué à l'élaboration des indicateurs présentés dans ce guide.

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

Assistance technique

Au sein d'ONUSIDA, l'unité de suivi et d'évaluation met actuellement en place un système mondial d'assistance technique en S&E : le Monitoring and Evaluation Assistance System (METAT). Une assistance supplémentaire est disponible auprès de l'unité d'évaluation du Secrétariat d'ONUSIDA à l'adresse UNGASSindicators@unaids.org, pour toute question spécifique aux indicateurs de la Déclaration d'engagement (DE) de la SEAGNU, ou à l'adresse M-E@unaids.org pour les questions de S&E plus générales.

Les gouvernements peuvent bénéficier d'une assistance technique par le biais de l'unité Information stratégique et recherche (SIR) du Département VIH/SIDA de l'OMS (http://www.who.int/hiv/strategic/en) et des groupes d'assistance technique en S&E dans certains pays. Pour des questions spécifiques liées au S&E du VIH/SIDA, notamment à l'extension du traitement ARV, vous pouvez écrire à hivmoniteva@who.int.

Autres sources d'aide pour toutes les maladies : Plan d'urgence, ONUSIDA, CDC, Measure Evaluation, Partners for Health Reform Plus (Etats-Unis) et Institute for Health Systems Development (Royaume-Uni). Pour le VIH/SIDA, Measure DHS, Family Health International et The Synergy Projet peuvent être consultés. Dans de nombreux pays, il existe maintenant des agents itinérants en S&E d'ONUSIDA, ou des « US Government Strategic Information and Monitoring and Evaluation Field Officers » (voir site Web www.globalHIVevaluation.org).

Logiciels

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

Pour en savoir plus sur la procédure de développement d'indicateurs et les démarches suggérées pour mettre en œuvre le cadre de S&E d'ONUSIDA, les lecteurs se reporteront aux *Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base* qui existent en quatre langues (anglais, français, espagnol et russe) et peuvent être déchargées sur le site Web d'ONUSIDA. Vous trouverez également plus d'informations sur le CRIS sur le site Web d'ONUSIDA.

Directives et références essentielles

Les principaux organismes à l'origine des directives citées ci-après sont : l'ONUSIDA, l'OMS, l'UNICEF, le Plan d'urgence, USAID, CDC, MEASURE Evaluation, FHI et quelques-uns de leurs partenaires.

Les prochaines directives de S&E de l'OMS et de ses partenaires, qui viendront s'ajouter à celles qui se trouvent ci-dessous, évoqueront le dépistage et le conseil (volontaires), les populations les plus à risque (PPR), ainsi que les outils de suivi ayant trait à la prise en charge à domicile. Des considérations pédiatriques seront également proposées pour certains des guides et indicateurs actuels.

Les versions des diverses directives sont disponibles sur Internet dans la bibliothèque d'ONUSIDA consacrée au S&E à l'adresse :

http://www.unaids.org/EN/in+focus/monitoringevaluation/m_e+library.asp

Les sites des partenaires suivants peuvent également être utiles pour des informations plus détaillées dans des domaines spécifiques :

http://www.who.int

http://www.unicef.org

http://www.child.orgp

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

http://www.fhi.org

http://www.cdc.gov

http://www.globalHIVevaluation.org

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

Family Health International (2002). *Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries: A Handbook for Program Managers and Decision Makers*. Family Health International, Arlington. http://www.fhi.org/en/hivaids/pub/archive/evalchap/index.htm

Family Health International (2000). *Behavioural Surveillance Surveys (BSS): Guidelines for Repeated Behavioral Surveys in Populations at Risk for HIV*. Family Health International, Arlington. http://www.fhi.org/en/topics/bss.htm

UNAIDS (2005). *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS Guidelines on the construction of core indicators* http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub02/JC894-CoreIndicators_en_pdf.pdf

UNAIDS/UNICEF (2005) Guide to Monitoring and Evaluation of the National Response for Children Orphaned and Made Vulnerable by HIV/AIDS.

UNAIDS/MEASURE (2000). *Programmes SIDA nationaux: A Guide to Monitoring and Evaluation*. UNAIDS, Geneva. http://www.cpc.unc.edu/measure

USAID/UNAIDS/WHO/Policy Project (2003). *The Level of Effort in the National Response to HIV/AIDS: The AIDS Program Effort Index (API) 2003 Round*.

USAID/UNAIDS/WHO/CDC/Policy Project (2004). *Coverage for Selected Services for HIV/AIDS Prevention and Care in Low and Middle Income Countries in 2003*

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

WHO (2003). The Monitoring and Evaluation (M&E) of the 3 by 5 Initiative. WHO, Geneva. http://www.who.int/3b5/publications/briefs/monitoring/en

WHO (2003). Guidelines for surveillance of HIV drug resistance. WHO, Geneva. http://www.who.int/3by5/publications/documents/hivdrugsurveillance/en

WHO (2003). Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI) modules. WHO, Geneva.

WHO (2003). Monitoring and evaluating of national ARV programs in the rapid scale-up to 3 by 5. WHO, Geneva. http://www.who.int/3by5/publications/documents/artindicators/en

WHO/UNAIDS (2004). *Programmes SIDA nationaux: A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support*. WHO, Geneva. http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubnapcs/en

WHO/UNAIDS (2000). *Second Generation Surveillance for HIV: The Next Decade.* UNAIDS, Geneva. http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/en/cds_edc_2000_5.pdf

WHO/UNAIDS/Measure DHS/The World Bank/ UNICEF/UNESCO/FHI/USAID. (2004) Guide to Monitoring and Evaluating National HIV/AIDS Prevention Programs for Young People (10 to 24 years old). WHO, Geneva. http://www.who.int/hiv/pub/me/en/me_previntro.pdf

WHO/UNAIDS/USAID/UNICEF/CDC/UNFPA (2004). National Guide to Monitoring and Evaluating Programs for the Prevention of HIV in Infants and Young Children. WHO, Geneva.

WHO/UNAIDS/GFATM/USAID/MEASURE Evaluation/FHI (2005). National AIDS Programs- A guide to indicators for monitoring and evaluation national antiretroviral programs. WHO, Geneva http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/youngchildren/en/

Des informations pour certains de ces indicateurs sont disponibles à l'adresse www.measuredhs.com/hiv/data

UNAIDS/USAID/UNICEF/CDC/WHO Guide to Monitoring and Evaluating HIV prevention programs for Most-at-risk Populations in low-level and concentrated settings. Première version prévue pour 2006.

WHO (2004). Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (WHO/HTM/TB/2004.342) http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/tb_hiv/en/

VII. Tuberculose (TB)

Dans la conception et la réalisation du suivi et de l'évaluation d'un programme de lutte contre la tuberculose, la sélection des bons indicateurs constitue une étape critique. En sus des objectifs bien articulés qui définissent la quantité, la qualité et le temps, le choix des indicateurs pour le suivi et l'évaluation requiert une réflexion approfondie et la prise en compte d'aspects conceptuels et pragmatiques. Un bon dosage d'indicateurs d'apport, de processus, de résultat et d'effet est nécessaire pour expliquer les réussites et les lacunes dans la mise en œuvre du programme.

Le Tableau 11 présente les principaux indicateurs d'impact et de résultat pour la lutte contre la tuberculose en général. Les indicateurs indiqués ici sont généraux par nature et conviennent pour le suivi de la lutte contre la tuberculose, en particulier par l'intermédiaire des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. Des exemples d'indicateurs servant à suivre et à évaluer des interventions de lutte plus spécifiques (comme le mélange public-privé, la prise en charge communautaire de la tuberculose, le renforcement des laboratoires ou la stratégie DOTS Plus pour la tuberculose à bacilles multirésistants (MDR-TB)) dans des milieux particuliers figurent dans le Tableau 10. Il convient de noter ici qu'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive. Nous recommandons au lecteur de consulter les références fournies (comme le *Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluating National Tuberculosis Programmes and Planning Frameworks*) et la documentation appropriée pour de plus amples détails.

1. Conseils pour le suivi des activités liées à la tuberculose financées par une subvention du Fonds mondial

- Les deux indicateurs standard utilisés par le Fonds mondial pour le reporting concernant l'ensemble des subventions sont le nombre de cas de tuberculose à frottis positif détectés et le nombre de cas de tuberculose traités avec succès. Ce sont les numérateurs des indicateurs standard pour la tuberculose. Le Fonds mondial utilise également le nombre de cas de MDR-TB en cours de traitement. Ceux-ci doivent, dans la mesure du possible, être inclus dans le reporting entrant dans le cadre de la subvention.
- Il n'est pas suffisant (et peut-être pas opportun) d'utiliser la « couverture de la population » par le traitement DOTS comme indicateur de reporting au Fonds mondial. La population couverte par le traitement DOTS est une référence administrative approximative qui mesure la taille de la population bénéficiant du traitement DOTS. Cet indicateur peut être inutile dans les régions où cette couverture est déjà de 100%. Le Fonds mondial a besoin d'informations plus spécifiques pour suivre les résultats. Voilà pourquoi, il est nécessaire de communiquer les résultats dans chaque composante technique faisant partie de la stratégie DOTS, comme l'augmentation du nombre d'établissements offrant des services conformes à la stratégie DOTS, l'augmentation du nombre de laboratoires disposant d'installations et de personnel formé pour la microscopie, ou l'augmentation du nombre de cas de TB à frottis positifs détectés.
- Au niveau sous-national, il n'est pas justifié et pas particulièrement utile de communiquer les résultats des taux de détection en se basant sur une estimation du nombre de cas attendu. Le nombre attendu de cas de tuberculose peut varier considérablement selon les régions géographiques et les sous-populations du pays, et du point de vue statistique, il n'est pas adéquat d'utiliser localement un nombre estimé de cas qui s'applique au niveau national. Si le but est l'amélioration de la détection, suivez plutôt le nombre de cas diagnostiqués et, si possible, le nombre de cas suspects de tuberculose identifiés (par le biais des dossiers des établissements de santé ou des registres des laboratoires), le nombre de visites de malades externes, ou simplement la population affectée par le projet.
- Même si le Fonds mondial ne cherche pas à modifier le flux d'informations ordinaires dans les pays bénéficiant de subventions, les données couramment collectées à des niveaux plus élevés ne traitent pas forcément les questions qui nécessitent des réponses dans l'évaluation d'une activité particulière. Si, par exemple, vous projetez de mettre en place un projet pilote de collaboration entre les praticiens privés et les services publics, et proposez d'accroître le nombre de cas suspects de tuberculose identifiés et orientés par les praticiens privés, alors les informations sur cette orientation doivent être systématiquement consignées dans les registres sur la TB utilisés dans les domaines du projet pilote. Cela n'implique aucun changement au niveau du reporting habituel des données pour le suivi du programme mais les nouvelles données des domaines du projet doivent être disponibles pour analyse. Elles seraient d'ailleurs demandées dans le cadre du plan de suivi pour une subvention du Fonds mondial.
- Le suivi des programmes de lutte contre la tuberculose sur toute la durée d'une subvention du Fonds mondial nécessite un suivi des apports (notamment lors des premières phases de la subvention) et des résultats, puis des résultats et finalement de l'impact. Lorsqu'on parle de tuberculose, l'impact fait référence au changement de la situation épidémiologique, en accord avec les Objectifs de développement du millénaire. Il faut toutefois savoir que l'impact ne se démontre pas avec des données couramment collectées seules et dans un intervalle de 4 à 5 ans. Si les activités sont ambitieuses et géographiquement étendues, il peut être utile d'évaluer l'impact. Envisagez de mener des études/enquêtes spéciales (enquêtes sur la prévalence de la maladie et la tuberculine) pour mesurer l'impact ou établir une base de mesure de l'impact. Reportez-vous aux recommandations

générales figurant dans le recueil d'indicateurs (Compendium of Indicators), et/ou discutez-en avec le bureau local de l'OMS ou d'autres partenaires techniques investis dans la lutte contre la tuberculose. Il est également important de veiller à ce qu'il y ait suffisamment d'argent et de temps pour mener les études spéciales. Vous pouvez sinon vous engager à ne suivre que des éléments indirects d'impact (effets programmatiques ou de processus, généralement taux de réussite et taux de détection des cas au niveau national).

- En milieu carcéral, les programmes de lutte contre la tuberculose doivent rendre compte du succès des traitements (et des échecs, défauts et taux de mortalité) et de la proportion de cas de tuberculose répertoriés comme des cas de re-traitement. Les mesures de détection des cas doivent également être présentées, selon le type de projet. Par exemple, les projets de dépistage doivent utiliser une mesure de la prévalence de la tuberculose chez les prisonniers testés (nombre absolu et taux par 100 000 personnes dépistées), tandis que les services cliniques continus doivent communiquer les cas identifiés chaque année (nombre absolu et taux pour 100 000 prisonniers).

Objectif, cible et indicateurs relatifs à la tuberculose définis dans les Objectifs de développement du millénaire

Objectif 6 de développement du millénaire : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

Cible 8 : D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

Indicateur 23 : Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité liés à cette maladie

Indicateur 24 : Proportion des cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre DOTS (la stratégie contre la tuberculose recommandée au niveau international)

Objectifs du Partenariat Halte à la tuberculose

D'ici à 2005 : Au moins 70 % des personnes souffrant de tuberculose infectieuse seront diagnostiquées (dans le cadre de la stratégie DOTS) et au moins 85 % seront guéries.

D'ici à 2015 : Le fardeau mondial de la maladie de la tuberculose (prévalence et mortalité) aura été réduit de 50 % par rapport aux niveaux de 1990. Cela signifie plus précisément une réduction de la prévalence à 155 pour 100 000 et une réduction de la mortalité à 14 pour 100 000 d'ici l'année 2015.

Changements par rapport à la première version du guide : Le même cadre de mesure est utilisé. Les changements les plus importants sont les suivants : la composante TB/VIH est inclue dans la section portant sur la tuberculose. Les domaines de prestation de services du premier guide peuvent servir de base pour le reporting mais des domaines supplémentaires ont été ajoutés, comme le mélange public-privé et l'environnement accompagnateur. Ceux-ci ne doivent être utilisés que si ces activités supplémentaires sont comprises dans les subventions.

Tableau 10 : Sélection d'indicateurs programmatiques pour la tuberculose

Sources d'information pour les indicateurs sélectionnés : Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities Compendium of indicators, Guidelines on implementing Public private mix for DOTS (voir description détaillée en annexe).

	Domaine de prestation de services	Indicateurs de résultat	Exemples d'indicateurs d'effet
Tuberculose	**Identification des cas d'infection**	• Le numérateur (nombre) de l'indicateur d'effet peut être utilisé pour le reporting ordinaire (nombre de nouveaux cas de tuberculose à frottis positif détectés)	• Nouveaux cas de TB à frottis positif détectés (diagnostiqués et signalés à l'autorité sanitaire nationale) parmi les nouveaux cas de TB à frottis positif attendus chaque année dans tous le pays (nombre et pourcentage) (TB-1)

	Domaine de prestation de services	Indicateurs de résultat	Exemples d'indicateurs d'effet
Tuberculose	**Détection à temps et bon traitement des cas**	• Nouveaux cas de TB à frottis positif achevant avec succès un traitement parmi les nouveaux cas de TB à frottis positif répertoriés pendant une période de temps spécifique (nombre et pourcentage) (TB 3) • Population couverte par DOTS (nombre et pourcentage) (TB-2)	• Nouveaux cas de TB à frottis positif achevant avec succès un traitement parmi les nouveaux cas de TB à frottis positif répertoriés sur une période définie (nombre et pourcentage) (TB-3) • Voir les autres indicateurs d'effet dans le Tableau 11.
	MDR-TB	• Nombre de cas de TB inscrits pour commencer un traitement de deuxième intention parmi les cas de TB identifiés comme des cas de MDR-TB sur une période définie (nombre et pourcentage) • Cas de tuberculose subissant des tests de sensibilité aux médicaments parmi les cas de tuberculose soupçonnés d'être une MDR-TB sur une période définie (nombre et pourcentage)	
	MPP (mélange public-privé)	• Nombre de cas de TB à frottis d'expectoration positif orientés par des prestataires ne faisant pas partie du programme national de lutte contre la tuberculose, parmi tous les cas de TB diagnostiqués sur une période définie (nombre et pourcentage) dans les domaines d'intervention • Unités de reporting (ex: districts) ayant mis en place une stratégie de MPP (nombre et pourcentage) • Etablissements de santé (cliniques, hôpitaux, instituts, etc.) hors du programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) qui participent à certains aspects de la mise en oeuvre DOTS (orientation, diagnostic, traitement, signalement des cas de TB), parmi tous les établissements de santé hors PNT (nombre et pourcentage) dans les domaines d'intervention.	
Activités conjointes TB/VIH	**Détection active des cas parmi les PVAVS**	• PVAVS recevant un dépistage et des conseils pour le VIH ou un traitement et une prise en charge du VIH qui ont été dépistés pour des symptômes de la tuberculose (nombre et pourcentage)* (TB-VIH 1)	
	Prévention de la maladie de la tuberculose chez les PVAVS	• Patients séropositifs récemment diagnostiqués recevant un traitement pour une infection tuberculeuse latente (nombre et pourcentage) (TB/VIH 3)	
	Prévention du VIH chez les patients atteints de tuberculose	• Patients tuberculeux répertoriés recevant des conseils et un dépistage pour le VIH (nombre et pourcentage)** (TB/VIH 4)	

	Domaine de prestation de services	Indicateurs de résultat	Exemples d'indicateurs d'effet
Activités conjointes TB/VIH	**Prévention des infections opportunistes chez les PVAVS atteintes de tuberculose**	• Patients tuberculeux séropositifs sous thérapie préventive par cotrimoxazole (nombre et pourcentage) (TB/VIH 6)	
	Prise en charge et soutien VIH pour les patients tuberculeux séropositifs	• Patients tuberculeux séropositifs adressés à des services de prise en charge et de soutien pour le VIH pendant un traitement contre la tuberculose (nombre et pourcentage) (TB/VIH 7)	
	Prescription d'une thérapie antirétrovirale à des patients tuberculeux pendant un traitement contre la tuberculose	• Patients tuberculeux répertoriés qui sont séropositifs et qui ont entamé ou poursuivent un traitement ARV lors/ ou à la fin d'un traitement contre la tuberculose (nombre et pourcentage) (TB/VIH 8)	
Environnement accompagnateur	**Laboratoire**	• Unités de microscopie pour la tuberculose couvrant une population dans la fourchette recommandée parmi toutes les unités de microscopie pour la tuberculose (nombre et pourcentage) • Unités de microscopie pour la tuberculose pour lesquelles les résultats de relecture des lames sont disponibles sur une période définie, parmi toutes les unités de microscopie pour la tuberculose (nombre et pourcentage)	
	Ressources humaines	• Unités de microscopie pour la tuberculose disposant d'au moins un technicien de laboratoire formé à la coloration des bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) au cours des 3 dernières années, parmi toutes les unités de microscopie pour la tuberculose (nombre et pourcentage) • Centres de traitement de la tuberculose disposant au moins d'un professionnel de la santé formé à la détection et au traitement des cas de tuberculose au cours des 3 dernières années, parmi tous les centres de traitement de la tuberculose (nombre et pourcentage) • Etablissements disposant de personnel adéquat par niveau pour permettre la mise en œuvre du traitement DOTS (nombre et pourcentage)	

	Domaine de prestation de services	Indicateurs de résultat	Exemples d'indicateurs d'effet
Environnement accompagnateur	**Prise en charge communautaire de la tuberculose (PCCTB)**	• Unités de reporting mettant en place des activités de PCCTB, parmi toutes les unités de reporting (nombre et pourcentage)	• Taux de réussite du traitement des nouveaux cas de TB à frottis positif dans les zones mettant en place une PCCTB (par rapport aux taux de réussite ailleurs)

* *Le nombre de nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués doit également être communiqué. (TB/VIH 2)*

** *Pour cet indicateur, le nombre de patients tuberculeux répertoriés et chez qui une séropositivité a été découverte doit également être communiqué. (TB/VIH 5)*

Le tableau ci-après présente les indicateurs d'impact et d'effet à utiliser dans le reporting pour les programmes de lutte contre la tuberculose.

Tableau 11 : Sélection d'indicateurs d'impact et d'effet pour la tuberculose

	Indicateur	Objectif	Mesure	Référence
Indicateurs d'impact	**Taux de prévalence de la tuberculose**. Nombre estimé de tous les cas de TB active sur 100000 personnes à un moment précis.	D'ici 2015, réduire la prévalence de moitié par rapport à 1990	Mesure par des enquêtes spéciales	Article JAMA, WHO Global TB Control (notamment page 54)
	Taux d'incidence de la tuberculose. Nombre estimé des nouveaux cas de tuberculose par an sur 100 000 personnes (peut être utilisé pour des sous-groupes de population spécifiques, ex: incidence annuelle de la TB en milieu carcéral).		Mesure par des enquêtes spéciales	Article JAMA, WHO Global TB Control (notamment page 54)
	Taux de mortalité due à la tuberculose. Nombre estimé de décès dus à la tuberculose (tous les cas) par an sur 100 000 personnes	D'ici 2015, réduire la mortalité de moitié par rapport à 1990	Mesure par des enquêtes spéciales	Article JAMA, WHO Global TB Control (notamment page 54)
Indicateurs d'effet	Détection des cas. Nouveaux cas de TB à frottis positif détectés (diagnostiqués et signalés à l'autorité sanitaire nationale) parmi les nouveaux cas de TB à frottis positif attendus chaque année dans tous le pays (nombre et pourcentage) (TB-1)	70% sous DOTS au niveau national d'ici 2005	Mesure annuelle et nationale par le système d'information sanitaire classique ET des estimations produites par l'OMS	WHO Global TB Control et recueil d'indicateurs (Compendium of Indicators).

	Indicateur	Objectif	Mesure	Référence
Indicateurs d'effet	Taux de réussite du traitement. Nouveaux cas de TB à frottis positif achevant avec succès un traitement parmi les nouveaux cas de TB à frottis positif répertoriés sur une période définie. Un traitement réussi sous-entend une réussite clinique avec ou sans preuve bactériologique de guérison (nombre et pourcentage) (TB-3)	85% sous DOTS au niveau national pour la cohorte de nouveaux patients tuberculeux à frottis positif d'ici 2005	Mesure trimestrielle par le système d'information sanitaire classique. Evaluation par groupe, dans l'idéal pour tous les types de cas nouveaux et de cas de re-traitement.	Recueil d'indicateurs (Compendium of Indicators)
	Taux de transformation du frottis. Nouveaux cas de TB à frottis positif qui ont viré au négatif à la fin de la première phase du traitement, parmi les nouveaux cas de TB à frottis positif répertoriés sur une période définie (peut également s'appliquer à n'importe quel groupe de cas sous traitement) (nombre et pourcentage) (TB-4)	Pas d'objectif international. Procuration (mais non remplacement) pour l'indicateur de réussite du traitement ci-dessus, le niveau de 85% reste néanmoins un objectif général	Mesure trimestrielle par le système d'information sanitaire classique	Recueil d'indicateurs (Compendium of Indicators)

Ressources générales

- Equipe de suivi et d'évaluation de la tuberculose du Département Halte à la tuberculose (STB) de l'OMS : renforcement des capacités à l'échelle du pays pour le suivi, l'évaluation et la planification basée sur des preuves, l'organisation de la surveillance mondiale des tendances épidémiologiques et financières de la lutte contre la tuberculose
- Groupes de travail du Partenariat Halte à la tuberculose : les groupes de travail de mise en œuvre suivants proposent un approfondissement de l'action coordonnée et le soutien du suivi et de l'évaluation au niveau du pays des activités relatives :
  - à l'expansion DOTS : notamment sous-groupes sur les laboratoires, mélange public-privé et tuberculose infantile
  - à la composante TB/VIH
  - à la stratégie DOTS Plus pour la MDR-TB
  - à la sensibilisation, à la communication et à la mobilisation sociale
  - au Global Working Group on Indicators – un partenariat entre l'OMS, la Banque mondiale, le CDC, l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (l'Union), l'association KNCV contre la tuberculose, l'USAID et Measure. Contact : cvincent@usaid.gov.

Assistance technique

- Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (l'Union) : www.iuatld.org
- Association KNCV contre la tuberculose : www.tuberculose.nl
- CDC : http://www.cdc.gov (tbinfo@cdc.gov)
- OMS : http://www.who.int/tb/en (dyec@who.int)
- Banque mondiale : www.worldbank.org (hsawert@worldbank.org)

Logiciels

Divers outils sont disponibles pour aider les programmes de lutte contre la tuberculose à gérer et à analyser les données couramment collectées sur la tuberculose.

Des systèmes pour gérer les dossiers électroniques des patients, couramment collectés, sont disponibles auprès du bureau régional de la Méditerranée orientale de l'OMS (baghdadis@emro.who.int), du CDC (ccw2@cdc.gov) et de l'OMS à Genève (bleedd@who.int).

Des systèmes de gestion des données cumulées couramment collectées (exemples : rapports trimestriels sur les cas enregistrés, les effets du traitement, etc.) sont disponibles auprès du bureau régional de l'Asie du Sud-Est de l'OMS (choudhurah@searo.who.int) et de l'OMS à Genève (hosseinism@who.int).

Le système HealthMapper de l'OMS peut être utilisé pour cartographier les données importées des systèmes ci-dessus. (http://www.who.int/health_mapping/tools/healthmapper/en/ csr/mapping/tools/healthmapper/healthmapper/en/).

Enfin, EpiData est un logiciel qui peut être utile pour rapidement concevoir un questionnaire et un outil de saisie des données pour la collecte non courante de données http://www.epidata.dk.

Directives et références essentielles

Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2005. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2005.349).

http://www.who.int/gtb/publications/globrep/index.html

Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluating National Tuberculosis Programmes. World Health Organization. (WHO/HTM/TB/2004.344).

World Health Organization (2002). An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control. http://www.who.int/gtb/publications/dots/pdf/TB.2002.297.pdftb/dots/framework/en/index.html

World Health Organization (2003). Management of Tuberculosis Training for health facility staff. http://www.who.int/tb/publications/who_cds_tb_2003_314/en/index.html

World Health Organization (1998). Laboratory services in tuberculosis control. http://whqlibdocs.who.int/hq/1998/WHO_TB_98.258_(part1).pdf

Guidelines on implementing Public-Private Mix for DOTS: engaging all health care providers to improve access, equity and quality of care in TB control. http://www.who.int/gtb/publications/whodoctb/dots/ppm/en/index.html

World Health Organization (2001). The Use of Indicators for communicable disease control at district level. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_TB_2001.289.pdf

World Health Organization (2001). Good practice in legislation and regulations for TB control: An indicator of political will. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_TB2001.290.pdf

Christopher Dye, DPhil; Catherine J. Watt, DPhil; Daniel M. Bleed, MD; S. Mehran Hosseini, MD; Mario C. Raviglione, MD. Evolution of Tuberculosis Control and Prospects for Reducing Tuberculosis Incidence, Prevalence, and Deaths Globally. JAMA 2005; 293: 2767-2775.

Cadre de planification http://www.who.int/entity/tb/dots/framework/en/index.html

Développement des ressources humaines

Services laboratoires

Surveillance de la pharmaco-résistance et gestion de la MDR-TB

Mélange public-privé de services en rapport avec la TB

Sensibilisation, communication et mobilisation sociale

Prise en charge communautaire de la tuberculose

Planification et budgétisation

Mécanisme de coordination nationale

VIII. TB/VIH

Il n'y a pas longtemps encore, la composante TB/VIH était traitée de façon séparée dans les propositions faites au Fonds mondial. Aujourd'hui, il est intégré à la fois dans les sections relatives à la TB et au VIH en raison de la forte interaction entre ces deux maladies et des bénéfices potentiels qu'apporterait la collaboration TB/VIH dans la lutte contre ces deux épidémies. Les lignes directrices pour la 5ème série de propositions au Fonds mondial mentionnent que « lorsque le VIH/SIDA commande l'épidémie de TB, les composantes VIH/SIDA doivent inclure des activités conjointes TB/VIH » et que « lorsque le VIH/SIDA commande l'épidémie de TB, les composantes TB doivent inclure des activités conjointes TB/VIH » (*Lignes directrices pour les propositions*). Les activités relatives au TB/VIH peuvent donc apparaître soit dans l'une des composantes TB ou VIH, soit dans les deux. C'est pour cette raison que les indicateurs de base pour le suivi et l'évaluation des activités conjointes TB/VIH apparaissent dans les sections Tuberculose et VIH/SIDA de ce guide.

Le suivi et l'évaluation des activités conjointes TB/VIH peuvent être plus compliqués que pour les autres activités car les informations doivent souvent être relayées d'un programme à l'autre. Les interventions visant à réduire le fardeau de la tuberculose (ex : dépistage parmi les PVAVS) doivent être représentées dans le programme de lutte contre le VIH et les interventions visant à réduire le fardeau du VIH doivent être représentées dans le programme de lutte contre la tuberculose (ex : proportion de patients tuberculeux séropositifs sous ARV). Les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH devront travailler côte à côte pour collecter, analyser et communiquer les données liées aux activités TB/VIH. La plupart des indicateurs seront suivis de façon courante dans les registres de prise en charge et de traitement de la TB ou du VIH au niveau des services ou des districts, et communiqués tous les trimestres. Le Département VIH de l'OMS a émis des recommandations sur les formulaires d'enregistrement et de reporting nécessaires pour le suivi et l'évaluation de la prise en charge du VIH incluant les ARV, avec les informations nécessaires sur les indicateurs TB/VIH. Le Département Halte à la tuberculose de l'OMS révise actuellement les formulaires d'enregistrement et de reporting en place pour la tuberculose pour veiller à ce qu'ils soient en mesure de recenser les informations nécessaires au suivi et à l'évaluation des activités TB/VIH.

Les indicateurs relatifs au TB/VIH sont résumés dans les « Activités conjointes TB/VIH » des Tableaux 7 et 10 dans les sections VIH et Tuberculose.

Ressources générales

- Groupes de travail du Partenariat Halte à la tuberculose : trois groupes de travail opérationnels proposent un approfondissement de l'action coordonnée et le soutien du suivi et de l'évaluation au niveau du pays des activités relatives aux aspects suivants :
  - l'expansion DOTS, notamment sous-groupes sur les laboratoires et mélange public-privé
  - TB/VIH
  - MDR-TB

Informations et contact : http://www.stoptb.org or info@stoptb.org

- Global Working Group on Indicators – un partenariat entre l'OMS, la Banque mondiale, le CDC, l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (l'Union), l'association KNCV contre la tuberculose, l'USAID et Measure.

Contact : cvincent@usaid.gov

Assistance technique

- Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (l'Union) : http://www.iuatld.org
- Association KNCV contre la tuberculose : http://www.tuberculose.nl
- CDC: http://www.cdc.gov
- OMS : http://www.who.int/en (dyec@who.int)
- Banque mondiale : http://www.worldbank.org (hsawert@worldbank.org)

Directives et références essentielles

World Health Organization. Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.330; WHO/HTM/HIV/2004.1) http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330.pdf

World Health Organization (2004). Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (WHO/HTM/TB/2004.342) http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.342.pdf

World Health Organization (2003). Guidelines for implementing collaborative TB and HIV program activities. http://www.who.int/docstore/gtb/publications/tb_hiv/2003_319/tbhiv_guidelines.pdf

Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluating National Tuberculosis Programmes. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2004.344) http://www.who.int/tb/publications/2004/en/index.html

World Health Organization (2005). Interim Patient Monitoring Guidelines for HIV care and ARV. http://www.who.int/tb/publications/2004/en/index.htmtbhiv_interim_policy/en/index.html

IX. Paludisme

Cette section fournit un cadre général pour le suivi et l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme, ainsi que les domaines de prestation de services au sein des programmes de lutte contre le paludisme. L'Encadré 1 présente les principaux objectifs et cibles mondialement acceptés pour combattre le paludisme.

Encadré 1 : Principaux objectifs et cibles de lutte contre le paludisme

Plan du Partenariat mondial Faire reculer le paludisme

- Réduire de moitié la mortalité due au paludisme d'ici 2010 et une nouvelle fois d'ici 2015.

Objectifs de développement du millénaire

Cible 8 : D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

Indicateur 21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité liée à cette maladie (OMS).

Indicateur 22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilisent des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme (UNICEF/OMS)

Objectifs de couverture fixés à Abuja lors du Sommet africain sur le projet Faire reculer le paludisme, avril 2000 (8), d'ici 2005

- Au moins 60% de ceux qui souffrent du paludisme devront pouvoir accéder à des traitements corrects, abordables et appropriés dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes.
- Au moins 60% de ceux qui sont exposés au paludisme, en particulier les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, devront bénéficier de mesures préventives individuelles et communautaires comme les MI.
- Au moins 60% de toutes femmes enceintes exposées au paludisme, en particulier celles qui en sont à leur première grossesse, devront avoir accès à des TPI

Assemblée mondiale de la santé 2005

- Mettre en place des politiques et des plans opérationnels au niveau national pour que d'ici 2010, au moins 80% de ceux qui sont exposés au paludisme ou qui en sont atteints bénéficient d'interventions préventives et curatives d'envergure conformément aux recommandations techniques de l'OMS, afin d'obtenir une réduction du fardeau du paludisme d'au moins 50% d'ici 2010 et 75% d'ici 2015.

Dans cette section figurent également un aperçu des indicateurs servant au suivi et à l'évaluation des activités de prévention et de lutte contre le paludisme, et des informations sur les données déjà collectées et les sources susceptibles de générer des données de qualité pour ces indicateurs. Enfin, certains problèmes relatifs à l'interprétation des données disponibles seront évoqués. Etant donné le caractère varié de l'épidémiologie du paludisme, des stratégies d'intervention, et de la conception et qualité des systèmes d'information sanitaire, les indicateurs du projet « Faire reculer le paludisme » (FRP) varient quelque peu entre les régions. En premier lieu, on distingue les régions où le paludisme est très endémique et où la transmission est stable, ce qui représente la majorité de l'Afrique sub-saharienne et un petit nombre de contextes similaires comme la Papouasie-Nouvelle-Guinée, et le reste du monde où la transmission du paludisme est plus instable et de nature plus focalisée. Ainsi, pour déterminer l'applicabilité des indicateurs liés à la prévention à certains milieux, il faut savoir si l'intervention s'insère dans la politique locale de lutte contre le paludisme (Tableaux 12 et 13). Les indicateurs liés au traitement sont applicables à tous les milieux où sévit un paludisme endémique, même si les principaux groupes ciblés pour le traitement peuvent varier selon le schéma local du fardeau de la maladie.

Changements par rapport à la première version du guide : Le même cadre de mesure est utilisé. Les améliorations suivantes ont été apportées : des DPS liés à l'environnement accompagnateur, comme la formation et le suivi de la résistance à l'insecticide, ont été ajoutés. Les DPS du premier guide peuvent être utilisés pour le reporting mais la version actuelle fournit davantage de précisions. Des méthodes améliorées pour mesurer l'impact sont fournies.

Tableau 12 : Sélection d'indicateurs programmatiques pour le paludisme

	Domaine de prestation de services	Indicateurs de résultat	Exemples d'indicateurs d'effet/ d'impact
Prévention	**Moustiquaires imprégnées (MI)**	• MI (dont kits de retraitement) distribuées à la population (nombre) (PALUDISME- IP 1)	• Foyers possédant au moins une MI (pourcentage) (PALUDISME-IP 2) • Enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MI la nuit précédente (pourcentage) (Paludisme-IP 3)
	Prévention du paludisme pendant la grossesse	• MI (dont kits de retraitement) distribuées aux femmes enceintes (nombre) • Femmes enceintes suivant un TPI correct (nombre)	• Femmes enceintes ayant dormi sous une MI la nuit précédente (pourcentage) (Paludisme-IP 4). • Femmes enceintes dans les régions endémiques stables suivant un traitement préventif intermittent (TPI) (pourcentage) (Paludisme-IP 5)
	Contrôle des vecteurs (autres que MI)	• Zones géographiques spécifiques (districts, régions, etc.) où des mesures de LIV sont en place* (nombre) (Paludisme-IP 8) • Volumes d'insecticide utilisés pour les pulvérisations résiduelles par habitation pulvérisée	• Habitations situées dans des zones à risque de transmission du paludisme ayant bénéficié d'une pulvérisation d'insecticide au cours des 12 derniers mois, par rapport aux habitations ciblées (pourcentage) (Paludisme-IP 6)
	Activités communautaires de proximité de CCC	• Personnes ayant bénéficié d'actions communautaires de proximité en matière de CCC (peut être pour des groupes plus spécifiques) (nombre et pourcentage)	• Personnes (peut être pour des groupes spécifiques) qui connaissent la cause, les symptômes et les moyens de prévention et de traitement du paludisme (nombre et pourcentage)
Traitement	**Traitement antipaludique rapide et efficace**	• Personnes recevant un traitement antipaludique (conformément à la politique nationale) (nombre) • Etablissements de santé n'ayant à aucun moment signalé de rupture de stock de médicaments antipaludiques recommandés à l'échelle nationale ayant duré plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois (pourcentage) (Paludisme-IT 3)	• Enfants de moins de 5 ans (et autres groupes cibles) fiévreux qui ont reçu un traitement antipaludique en accord avec la politique nationale dans les 24 heures de l'apparition de la fièvre (pourcentage) (Paludisme-IT 2) • Patients atteints de paludisme grave admis dans un établissement de santé et recevant un traitement correct (pourcentage) (Paludisme-IT 4)
	Gestion à domicile du paludisme*	• Personnes atteintes par la gestion à domicile (peut être pour des groupes spécifiques) (nombre)	• Enfants de moins de 5 ans (et autres groupes cibles) fiévreux qui ont reçu un traitement antipaludique par une gestion à domicile dans les 24 heures de l'apparition de la fièvre (pourcentage)
	Diagnostic	• Lames de microscopie prises pour le paludisme (nombre) • Tests de diagnostic rapide (TDR) effectués (nombre)	• Cas de paludisme confirmés en laboratoire (pourcentage) • Etablissements équipés pour le diagnostic du paludisme (pourcentage)

	Domaine de prestation de services	Indicateurs de résultat	Exemples d'indicateurs d'effet/ d'impact
Environnement accompagnateur	**Suivi de la pharmaco-résistance**	• Sites sentinelles fonctionnels pour le suivi de la résistance aux médicaments antipaludiques (nombre) • Etudes sur l'efficacité des médicaments réalisées en accord avec le protocole de l'OMS (nombre)	
	Suivi de la résistance à l'insecticide	• Sites sentinelles fonctionnels pour le suivi de la résistance à l'insecticide (nombre)	
	Coordination et développement de partenariat (national, communautaire, public-privé)*	• Réseaux/partenariats impliqués (nombre) • Associations communautaires agissant contre le paludisme (nombre)	

* *Ces domaines de prestation de services/indicateurs ont été inclus en raison de leur utilisation fréquente dans les subventions du Fonds mondial.*

Le tableau ci-dessus montre les résultats programmatiques des programmes de lutte contre le paludisme par rapport aux stratégies de prévention, de traitement et d'environnement accompagnateur les plus importantes. Le tableau ci-après illustre les indicateurs d'effet et d'impact les plus pertinents dans les régions très endémiques et où le paludisme est très instable, ainsi que les sources d'information à utiliser (afin de mesurer la contribution des programmes à l'impact sur la santé au sein des populations).

Tableau 13: Exemples d'indicateurs d'impact et d'effet définis par le projet Faire reculer le paludisme, par type d'endémicité du paludisme

	Indicateur	Paludisme très endémique*	Paludisme instable*	Mesure	Remarques
Indicateurs d'impact	Taux de décès associés au paludisme : mortalité quelle qu'en soit la cause chez les moins de 5 ans dans les régions très endémiques (PALUDISME-II 1)	✓		Rétrospective, dans l'idéal tous les 5 ans, à l'aide d'enquêtes nationales auprès des ménages (EDS, MICS, MIS)	A interpréter conjointement avec les tendances de couverture des interventions. La démonstration de l'impact peut être décalée de 5 ans parce que la mortalité recensée reflète le taux moyen sur les 5 ans précédant l'enquête.
	Incidence des cas de paludisme clinique (estimée et/ou signalée) (PALUDISME-II 2)	✓	✓	Modèle d'estimation épidémiologique et/ou cas dans les SIS ajustés pour l'exhaustivité du reporting des SIS	Le modèle épidémiologique utilise la prévalence de l'infection locale par les parasites et la couverture des MI et PRH comme paramètres d'apport qui détermineront la tendance dans le temps.
	Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans	✓		Enquêtes communautaires tous les 2 à 3 ans (EDS, MICS, MIS)	Hémoglobine inférieure à 11 g/dl ou 8 g/dl. Impact probablement détectable dans un délai de 1 à 2 ans.

	Indicateur	Paludisme très endémique*	Paludisme instable*	Mesure	Remarques
Indicateurs d'impact	Prévalence des infections parasitaires responsables du paludisme (PALUDISME-II 3)	✓	✓	Transversale, dans l'idéal tous les 2 ans, à l'aide d'enquêtes nationales auprès des ménages (MIS ou enquête similaire)	A surveiller pendant la saison de transmission ; impact probablement détectable dans un délai de 1 à 2 ans.
	Cas de paludisme confirmés en laboratoire vus dans les établissements de santé		✓	Continue et immédiate à l'aide du système d'information sanitaire (SIS)	A interpréter conjointement avec les estimations régulièrement mises à jour dans les rapports du SIS.
	Décès palustres confirmés en laboratoire constatés dans les établissements de santé		✓		
	Décès attribués au paludisme dans les sites sentinelles de surveillance démographique	✓	✓	Continue et immédiate	Il est possible que la tendance observée sous-estime l'impact réel en raison de la sensibilité et de la spécificité limitées de l'autopsie verbale.
Indicateurs d'effet	% d'enfants de moins de 5 ans (et autres groupes cibles) atteints de paludisme/fièvre qui accèdent à un traitement approprié dans les 24 heures (établissement communautaire/de santé)	✓	✓	Enquêtes communautaires	
	% d'enfants de moins de 5 ans (et autres groupes cibles) atteints de paludisme simple qui sont correctement pris en charge dans les établissements de santé	✓	✓	Enquête auprès des établisse-ments de santé	
	% d'enfants de moins de 5 ans (et autres groupes cibles) admis avec un paludisme simple qui sont correctement pris en charge dans les établissements de santé	✓	✓	Enquête auprès des établisse-ments de santé	
	% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une MI	✓	✓	Enquêtes communautaires	
	% de foyers possédant au moins une MI	✓	✓	Enquêtes communautaires	
	% de femmes enceintes (et autres groupes cibles) dormant sous une MI	✓	✓	Enquêtes communautaires	
	% de femmes enceintes suivant un traitement préventif intermittent (TPI) conformément à la politique nationale	✓		Enquêtes communautaires et/ou SIS clas-sique	
	% de foyers en zone de paludisme protégés par une PRH		✓	NMCP ou enquêtes communautaires	

	Indicateur	Paludisme très endémique*	Paludisme instable*	Mesure	Remarques
Indicateurs d'effet	% de foyers en zone de paludisme protégés par une PRH		✓	NMCP ou enquêtes communautaires	

* *Milieu : Le paludisme est très endémique dans la plupart des pays d'Afrique centrale, orientale et occidentale ; le paludisme est plus instable et focalisé dans certaines régions du sud de l'Afrique, dans les zones arides de l'Afrique, sur les hauts plateaux éthiopiens et érythréens, et dans la plupart des régions hors Afrique. (Source : World Malaria Report 2005) – ✓= OUI*

Une description détaillée de chacun des indicateurs évoqués ci-dessus figure dans l'Annexe D du guide. Il convient de préciser que la liste des indicateurs présentés ci-dessus et dans l'annexe correspondante n'est pas exhaustive. Pour une liste plus complète de tous les indicateurs de base et supplémentaires dans ce domaine, nous vous renvoyons aux différentes directives.

Suivi de l'impact de la maladie

Mortalité

Le premier indicateur d'impact à suivre dans les milieux où le paludisme est très endémique, c'est-à-dire tous les pays de l'Afrique sub-saharienne (ASS), est la mortalité chez les moins de 5 ans quelle qu'en soit la cause. Les meilleures méthodes de mesure de cet indicateur sont les enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national, comme les Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS), sans oublier les données nationales de recensement. La mortalité doit être présentée conjointement avec la couverture des interventions dans le domaine du paludisme, en particulier l'utilisation de moustiquaires imprégnées (MI), le nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant accès rapidement à des traitements antipaludiques efficaces, et le suivi d'un traitement préventif intermittent (TPI) par les femmes enceintes. Ces indicateurs de couverture sont mesurés dans les mêmes enquêtes. Les tendances temporelles qui se dégagent en matière de mortalité quelle qu'en soit la cause et de couverture des interventions peuvent être utilisées pour modéliser la tendance en mortalité (et morbidité) palustre chez les enfants de moins de 5 ans.

Dans ces milieux très endémiques, la mortalité palustre ne peut pas être surveillée couramment car elle est difficile à mesurer. Les symptômes et les signes (comme l'anémie) ne sont ni spécifiques ni sensibles, ce qui rend l'autopsie et l'autopsie verbale imprécises ; de nombreux décès, en particulier chez les jeunes enfants, peuvent en effet être liés à la concomitance du paludisme avec d'autres maladies infantiles courantes, et non dus exclusivement et directement au paludisme. Par ailleurs, une majorité de décès a lieu hors des hôpitaux. Ils ne sont donc pas couramment enregistrés dans les systèmes d'information sanitaire (SIS) et ont peu de chances d'être détectés dans les systèmes d'enregistrement vital qui sont souvent incomplets.

Dans les milieux où le paludisme est moins endémique, c'est-à-dire en dehors de l'Afrique sub-saharienne, l'enregistrement vital et les registres des établissements de santé peuvent fournir des indications fiables de la mortalité attribuable au paludisme qui, à défaut d'exhaustivité peuvent au moins servir d'indicateur de tendance.

Morbidité

En Afrique sub-saharienne, l'utilité des cas de paludisme recensés par le SIGS comme mesure du fardeau de la maladie dans le temps est très limitée. Tout d'abord, seule une minorité des cas de paludisme est connue du système de santé officiel, ce qui conduit à une sous-représentation importante. Ensuite, le diagnostic présomptif effectué dans les cliniques peut engendrer une surreprésentation, tandis que la forte prévalence de la parasitémie asymptomatique réduit le bénéfice potentiel des tests parasitologiques de confirmation. Les autres indicateurs utiles de la morbidité liée au paludisme sont la prévalence de l'anémie et des infections parasitaires chez les enfants. Une méthode standard d'estimation des cas de paludisme incidents a été mise au point pour obtenir des estimations des cas de paludisme au niveau national. (http://rbm.who.int/partnership/wg/wg monitoring/docs/incidence estimations2.pdf)

Dans certaines régions hors ASS, ayant facilement accès à des services de santé de bonne qualité, les cas de paludisme recensés dans le SIS peuvent permettre de dégager une tendance temporelle de l'incidence du paludisme à condition que l'exhaustivité du reporting soit stable dans le temps. Toutefois, on sait que les cas de paludisme et les décès palustres enregistrés dans les SIS nationaux, quel que soit le pays, ne représentent pas le fardeau total de la mortalité et morbidité palustres.

Enquêtes mesurant les indicateurs du paludisme

Le fardeau du paludisme et les besoins de prévention et de traitement sont les plus lourds dans les milieux ruraux difficiles d'accès, où la maladie est souvent gérée à domicile plutôt que dans un vrai établissement de soins. En outre, la plupart des personnes ne se procurent pas leurs MI de protection contre le paludisme auprès de services de santé, et les patients atteints de paludisme reçus en consultation dans les services de santé ne sont pas forcément représentatifs des personnes exposées au paludisme sur l'ensemble de la population. Voilà pourquoi les enquêtes auprès des ménages sont le moyen le plus adapté pour surveiller la couverture des MI et des traitements anti-paludiques au sein de la population à risque. Trois principaux types d'enquête sont utilisés dans le cadre du projet FRP :

Enquêtes démographiques et de santé (EDS)[5] et Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS)[6] Enquêtes représentatives sur le plan national auprès de 4 000 à 12 000 femmes de 15 à 49 ans vivant en ménage, choisies selon un schéma d'échantillonnage par grappes à plusieurs degrés. Ces enquêtes sont menées dans de nombreux pays en développement tous les 5 ans. Les questionnaires étant standardisés et structurés, les résultats sont raisonnablement comparables entre les pays et dans le temps. Les indicateurs mesurés incluent la mortalité chez les moins de 5 ans quelle qu'en soit la cause, la possession et l'utilisation de MI par les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, le suivi d'un traitement antipaludique par les enfants de moins de 5 ans avec fièvre, et le suivi d'un traitement préventif intermittent par les femmes enceintes. Les EDS récentes ont également mesuré la prévalence de l'anémie par l'hémoglobine chez les enfants de moins de 5 ans. Les résultats peuvent être librement consultés sur Internet.

Malaria Indicator Survey (MIS) :

Pour compléter la collecte de données standard des EDS et MICS, le MERG du projet RFP, en partenariat avec MACRO International, a mis au point en 2004 une enquête dénommée Malaria Indicator Survey (MIS) utilisable au niveau national ou sous-national. L'échantillon de l'enquête MIS est plus petit que celui des EDS et MICS car l'enquête MIS vise essentiellement à surveiller la couverture des interventions et non la mortalité infantile. Moins onéreuse que les EDS ou MICS, l'enquête MIS peut également être menée au niveau sous-national si besoin est. Une enquête MIS peut servir à concevoir des enquêtes sur le paludisme dans les pays où aucune autre enquête n'est menée ou pour combler certaines périodes de temps dans les intervalles de 5 ans entre chaque EDS ou MICS, pour une détection plus rapide des résultats.

Pour des raisons opérationnelles, les enquêtes EDS et MICS sont menées pendant la saisons sèche et donc en dehors de la plus forte période de transmission du paludisme. Les enquêtes MIS peuvent, au contraire, cibler la saison de transmission, et être combinées à des mesures de l'hémoglobine et de la prévalence des parasites, dans les régions où ces mesures sont considérées comme des indicateurs pertinents du fardeau/impact du paludisme. Tous les outils de l'enquête MIS (questionnaire, manuel de formation, lignes directrices sur l'échantillonnage et la taille des échantillons, établissement du coût, plans d'analyse, etc.) sont disponibles sous forme papier, sur CD-ROM, ainsi que sur Internet (http://rbm.who.int/merg, section Survey and Indicator Guidance Task Force).

Il existe également une version réduite de l'enquête appelée « lean malaria module », qui contient des questions standard sur la couverture des interventions antipaludiques et qui peut être ajoutée à d'autres enquêtes planifiées auprès des ménages.

Problèmes liés à l'interprétation des données disponibles sur la surveillance du paludisme

Le tableau ci-après décrit quelques limites importantes en ce qui concerne la disponibilité des données et leur interprétation dans le cadre du S&E relatif au paludisme présenté dans ce rapport. Ces limites imposent d'améliorer la coordination entre les acteurs du suivi et de l'évaluation, et les moyens pour la collecte standard de données de qualité.

[5] *Les EDS sont organisées par MACRO International, Calverton, MD, Etats-Unis, et sont principalement financées par l' USAID (United States Agency for International Development) (http://www.measuredhs.com).*

[6] *Les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) sont organisées et financées par l'UNICEF (http://www.childinfo.org).*

Tableau 14 : Exemples de problèmes liés à l'interprétation des données disponibles sur la surveillance du paludisme

Domaine	Données disponibles	Limites	Recommandations
Fardeau et impact	Cas et décès recensés par le SIS ou la Surveillance intégrée des maladies et riposte (IDSR)	• Les totaux nationaux ne couvrent pas obligatoirement tous les districts et tous les mois de l'année • L'exhaustivité du reporting varie dans le temps et entre les pays • Il est fréquent que le fardeau au sein des établissements de santé ne couvre pas le fardeau total au sein de la population (surtout en Afrique)	• En sus des nombres absolus de cas et de décès, les pays africains doivent s'efforcer de suivre la proportion de visites de malades externes, et d'admissions et décès en milieu hospitalier dus à la maladie, à partir de sites SIS sentinelles dans les régions à plus forte endémie. • Les pays doivent régulièrement (par exemple, tous les 2 ans) évaluer l'exhaustivité du reporting du SIS
	Mortalité chez les moins de 5 ans quelle qu'en soit la cause (en Afrique) à partir des EDS et MICS	• Non spécifique au paludisme • Les données de mortalité issues des enquêtes de déroulement des naissances reflètent la situation en moyenne 2,5 ans avant l'enquête, ce qui retarde la détection de l'impact des interventions	• Ajoutez les tests d'anémie et les tests de prévalence des parasites aux enquêtes communautaires • Menez régulièrement (par exemple, tous les 2 ans) des enquêtes pour ces indicateurs extrêmement sensibles
Couverture des MI	EDS, MICS et autres enquêtes auprès des ménages	• Tous les pays ne sont pas couverts • Les enquêtes MICS et les EDS n'ont lieu que tous les 5 ans, ce qui fait que les données disponibles datent d'il y a trois ans en moyenne • Dans les pays où seule une partie de la population est exposée au paludisme, la couverture nationale peut être réductive de la couverture réelle au sein des populations à risque	• Procédez à une enquête MIS supplémentaire entre les enquêtes MICS et EDS, et lorsque ces dernières ne sont pas menées • Dans les régions où il existe un risque de paludisme instable et focalisé, procédez à un sur-échantillonnage des zones focales exposées au paludisme
Couverture du traitement antipaludique	EDS, MICS et autres enquêtes auprès des ménages	• Utiliser comme dénominateur les enfants de moins de 5 ans avec fièvre n'est pas pertinent pour les populations hors d'Afrique où tous les groupes d'âge sont pareillement exposés au paludisme et où moins de cas de fièvre sont en fait causés par le paludisme • Tous les pays ne sont pas couverts • Les enquêtes MICS et les EDS n'ont lieu que tous les 5 ans, ce qui fait que les données disponibles datent d'il y a trois ans en moyenne	• Utilisez un questionnaire comme celui qui est recommandé dans la série d'outils MIS • En dehors de l'Afrique, utilisez le paludisme auto-signalé plutôt que la fièvre comme groupe dénominateur dans les enquêtes • Procédez à une enquête MIS entre les enquêtes MICS et EDS, et lorsque ces dernières ne sont pas menées
Couverture des TPI	EDS, MICS et autres enquêtes auprès des ménages	• Inutile dans les régions et pendant les années où les TPI n'ont pas (encore) été mis en œuvre	• Ajoutez au recensement du SIS et procédez à des enquêtes auprès d'établissements dans les régions où le TPI n'a pas été mis en place

Domaine	Données disponibles	Limites	Recommandations
Fourniture de PRH et couverture	Rapports des pays	• Rapports à l'OMS/WHOPES incomplets • Définitions de la couverture des PRH variables et peu claires	• Améliorez le reporting à l'OMS/WHOPES sur la quantité d'insecticides utilisée • L'OMS doit élaborer des définitions standard pour la « population exposée au paludisme », le « dénominateur pour la couverture des PRH » et la « couverture des PRH » • Les pays doivent préciser une définition lorsqu'ils effectuent leur reporting sur la couverture des PRH • Incluez des questions sur la couverture des PRH pour pilotage dans les enquêtes auprès des ménages
Pharmaco-résistance	Surveillance dans des sites sentinelles	• La sélection des sites varie en fonction des années et peu de sites sont sélectionnés de façon répétée. Il est donc difficile de dégager des tendances temporelles car celles-ci peuvent être faussées par la variation géographique	• Sélectionnez certains sites de façon répétée dans le temps • Documentez correctement les protocoles d'étude • Incluez les polythérapies à base d'artémisinine parmi les thérapies testées

Ressources générales

En 2003, un groupe international baptisé MERG (Monitoring and Evaluation Reference Group) a été créé pour améliorer la coordination entre les principaux acteurs de S&E au sein du projet Faire reculer le paludisme (FRP). Le MERG fait principalement office d'organe consultatif pour le Secrétariat du projet FRP en assurant l'accompagnement technique en matière de suivi des résultats dans la lutte contre le paludisme. Le travail de S&E réel est le fait des programmes nationaux de lutte contre le paludisme avec l'aide des équipes multinationales et des partenaires du projet FRP. Des informations générales sur les activités et les produits du MERG sont disponibles à l'adresse suivante : http://rbm.who.int/merg

Assistance technique et logiciels

Une aide technique aux gouvernements est disponible auprès de plusieurs sources, en particulier le Monitoring and Evaluation Reference Group (MERG) du projet FRP, le siège et les bureaux régionaux de l'OMS, ainsi que les bureaux multinationaux du projet FRP.

Une liste de diffusion mondiale modérée a été créée pour faciliter la communication des questions et des idées concernant le suivi et l'évaluation du paludisme. Vous pouvez vous y inscrire en écrivant à malariame@who.int.

Par ailleurs, des groupes d'assistance technique en S&E ont été mis en place dans certains pays et régions grâce au partenariat FRP plus étendu.

Directives et références essentielles

Vous trouverez de plus amples informations sur le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre le paludisme dans les documents suivants :

Suivi et évaluation

- WHO/UNICEF. World Malaria Report 2005. May 2005 : http://rbm.who.int/wmr2005/
- Roll Back Malaria. *Framework for Monitoring Progress and Evaluating Outcomes and Impact*. 2000. Geneva. Disponible en ligne : http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/012/168/m_e_en.pdf

- Roll Back Malaria/MEASURE. *Guidelines for core indicators for assessing malaria intervention coverage from household surveys*. July 2004 : http://rbm.who.int/partnership/wg/wg_monitoring/docs/GuidelinesForCorePopulationFINAL9-20Malaria.pdf
- Roll Back Malaria. Monitoring and Evaluation Reference Group, Mortality Task Force. *Meeting Minutes*. 16 July 2003. Disponible en ligne sur le site de l'OMS à http://rbm.who.int/merg
- Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS) : http://rbm.who.int/merg section 'Survey and Indicator Guidance Task Force'. *Meeting Minutes*. 27-28 October 2003. Disponible en ligne : http://rbm.who.int/merg, section 'Anaemia'.
- Roll Back Malaria. Monitoring and Evaluation Reference Group, Mortality Task Force. *Meeting Minutes*. 4 November 2004. Disponible en ligne : http://rbm.who.int/merg, section 'Malaria Morbidity: Indicators and Estimates'.

Politiques et directives

- World Health Organization, Roll Back Malaria dept. Malaria control today. *Current WHO Recommendations. Working Document*. Geneva, March 2005 : http://www.who.int/malaria/docs/MCT_workingpaper.pdf
- WHO. *Management of Severe Malaria: A practical handbook*. 2nd Edition. Geneva 2000. Disponible en ligne : http://rbm.who.int/docs/hbsm.pdf
- WHO. *The Use of Anti-malarial Drugs: Report of an Informal Consultation*, Geneva, 13-17 November 2000. Disponible en ligne : http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/014/923/use_of_antimalarials.pdf
- WHO. *Anti-malarial Drug Combination Therapy: Report of a WHO Technical Consultation*, Geneva, 4-5 April 2001. Disponible en ligne sur le site de l'OMS http://www.who.int http://www.doh.gov.za/issues/malaria/red_reference/case_management/cm29.pdf
- WHO Regional Office for the Western Pacific. *Malaria Rapid Diagnosis: Making it work*. Meeting Report 20-23 January 2003. Manila. Disponible en ligne : http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/315060C1-B233-477A-87FF-9C4D21D2B3B3/0/RDTSMakingItWork.pdf

Gestion des stocks de médicaments

- WHO Roll Back Malaria dept. Access to Antimalarial Medicine: Improving the Affordability and Financing of Artemisinin-based Combination Therapies. 2003, WHO/CDS/MAL/2003.1095: http://www.who.int/malaria/ cmc_upload/0/000/016/745/37268_ACT_final2.pdf
- Management Sciences for Health. *Drug Management for Malaria*. June 2000, revised July 2002. Rational Pharmaceutical Management Program.
- John Snow International. *Logistics Indicators and Monitoring and Evaluation Tools*. DELIVER Project. Disponible en ligne : http://portalprd1.jsi.com/portal/page?_pageid=93,3144386,93_3144560:93_3144571&_dad=portal&_schema=PORTAL

Pharmaco-résistance

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

Gestion à domicile

- World Health Organization, Roll Back Malaria Department. *The Roll Back Malaria Strategy for Improving Access to Treatment Through Home Management Malaria*. Geneva 2005. WHO/HTM/MAL/2005.1101: http://www.who.int/malaria/docs/RBM_Strategy_HMM_sm.pdf
- Roll Back Malaria/UNDP/World Bank/WHO TDR. *Scaling up home-based management of Malaria: from research to implementation*. 2004. Geneva, WHO/CDS/MAL/2004.1096. Disponible en ligne : http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/home_2004.pdf
- Carol Baume. *A Guide to Research on Care-seeking for Childhood Malaria*. Published by the Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project and the Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia, April 2002.

Contrôle des vecteurs, dont les moustiquaires imprégnées (MI)

- Roll Back Malaria. *Scaling-Up Insecticide-Treated Netting Programs in Africa: A Strategic Framework for Coordinated National Action*. 2002. Geneva. Disponible en ligne : http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/845/itn_programmes.pdf

- Roll Back Malaria. *Insecticide-Treated Mosquito Net Interventions: A Manual for National Control Program Managers*. 2003. Disponible en ligne : http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/016/211/ITNinterventions_en.pdf
- Global insecticide use for vector-borne disease control : Second edition 2004. Zaim. M. Disponible en ligne: http://whglibdocwhqlibdoc.who.int/hg/2004/who who_CDS CDS_WHOPES WHOPES_GCDPP GCDPP_2004.9.pdf
- WHO. *Space spray application of insecticides for vector and public health pest control: A practitioner's guide*. Geneva, 2003 (document WHO/CDS/WHOPES/GCDPP/2003.5 Disponible en ligne: http://www.who.intwhqlib-doc.who.int/hq/2003/WHO_CDS.WHOPES_GCDPP_2003.5.pdf

Paludisme et grossesse

- Roll Back Malaria. *Strategic framework for malaria control during pregnancy*. 1 November 2002. Disponible en ligne : http://www.who.int/malaria/malariainpregnancy.html
- World Health Organization, Roll Back Malaria dept. *Assessment of the safety of artemisinin compounds in pregnancy*. 2003. WHO/CDS/MAL/2003.1094: http://www.who.int/malaria/cmc_upload/0/000/016 /323/artem_pregnancy.html

Epidémiologie du paludisme

- Hook C. Field Guide for Malaria Epidemic Assessment and Reporting. Draft for field testing. World Health Organization. 2004. WHO/CDS/MAL/2004.1097. Disponible en ligne : http://www.who.int/malaria/cmc_upload/0/000/016/569/FTest.pdf
- Roll Back Malaria. Prevention and Control of Malaria Epidemics: 3rd Meeting of the TSN, Geneva, 10-11 December 2001. 2002. Disponible en ligne : http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/827/3epidemics_report.pdf
- Roll Back Malaria. Malaria Early Warning Systems: A Framework for Field Research in Africa. Disponible en ligne : http://www.who.int/malaria/cmc_upload/0/000/014/807/mews2.pdf

Formation et développement des ressources humaines

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

X. Renforcement des systèmes de santé

L'idée qu'une meilleure gestion des principaux défis liés aux maladies dépend de la qualité, de l'équité et de l'efficacité des systèmes de santé fait peu à peu son cheminement. Des systèmes de santé efficaces sont impératifs si l'on veut atteindre les objectifs mondiaux et nationaux fixés, et faire durer les progrès réalisés dans les domaines du traitement et de la prise en charge de la tuberculose, du paludisme et du SIDA, et des bonnes conditions de maternité et de survie infantile en présence de ces maladies.

Face à cette idée, le Fonds mondial s'est engagé à soutenir les efforts des pays pour renforcer leurs systèmes de santé comme condition nécessaire pour atteindre leurs objectifs dans les trois maladies. Afin d'aider les bénéficiaires de subventions à élaborer des propositions englobant le renforcement des systèmes de santé et permettre un bon suivi des résultats, le Fonds mondial, l'OMS, le HMN, l'ONUSIDA et le groupe PHR (Partners for Health Reform) se sont associés pour définir une série d'indicateurs reflétant le renforcement global des systèmes de santé, ainsi que les facteurs spécifiques des systèmes de santé liés à la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. **Les éléments relatifs au renforcement des systèmes de santé peuvent être intégrés dans les subventions consacrées aux maladies.**

Divers cadres analytiques pour les systèmes de santé ont été proposés.[7] Plutôt que d'en adopter un en particulier, nous avons simplement identifié les caractéristiques communes à chacun et la structure organisationnelle sur laquelle reposent les indicateurs. La consultation OMS/Banque mondiale a abouti à l'identification d'indicateurs spécifiques aux systèmes de santé, desquels nous nous sommes inspirés.[8]

Le Tableau 15 présente des indicateurs spécifiques aux systèmes de santé pour le travail du Fonds mondial dans la lutte contre les trois maladies. Les apports du Fonds mondial sont considérés comme étant à la fois spécifiques (focalisés sur les maladies) et généraux (renforcement des systèmes de santé). Par exemple, le FMLSTP peut soutenir la formation des travailleurs de la santé dans la prévention et la gestion des trois maladies (formation sur site, élaboration de directives et manuels, cours de remise à niveau, etc.), et soutenir également leur formation initiale et leur perfectionnement. S'il est relativement facile d'attribuer des effets aux apports du Fonds mondial pour le soutien apporté à une maladie, il n'en n'est pas de même pour les apports relatifs aux systèmes de santé, qui impliquent de nombreux partenaires et pour lesquels les effets sont moins clairement liés aux trois maladies (voir Figure 3).

Les indicateurs spécifiques aux maladies doivent être utilisés conjointement avec les programmes de subventions pour le renforcement des systèmes de santé, par exemple pour montrer l'augmentation des taux de détection et de guérison de la tuberculose, et les améliorations dans le traitement du paludisme, ou dans le conseil et le dépistage pour le VIH. Ils doivent également montrer une expansion de la couverture des populations à risque.

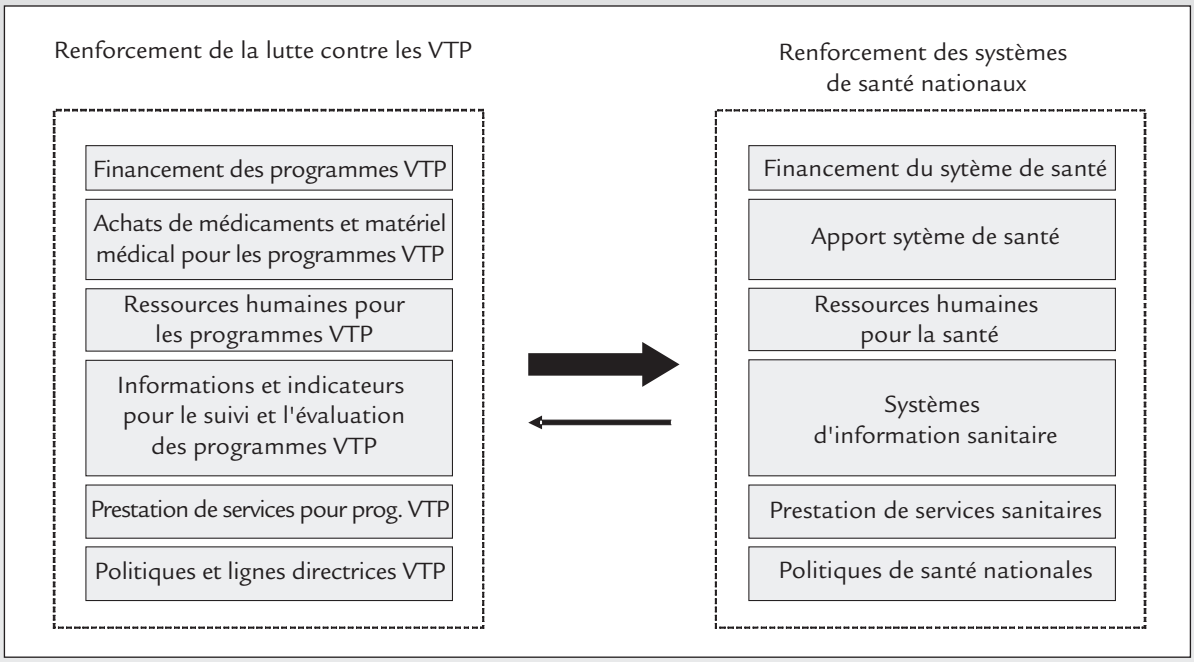
De même, le renforcement des systèmes de santé peut également être inclus dans les programmes spécifiques aux maladies, c'est-à-dire dans les subventions relatives au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme. Beaucoup de programmes de subventions (dont 50% du financement est alloué au renforcement des systèmes de santé) le font déjà, mais les domaines de prestation de services et les indicateurs présentés ici renforcent leur suivi. En tant que composante séparée, le renforcement des systèmes de santé doit montrer des bénéfices sur tout le système en ce qui concerne la couverture des populations cibles, la satisfaction des patients vis-à-vis des services, et les effets/impacts relatifs aux trois maladies.

Les domaines de prestation de services et les indicateurs liés au Renforcement des systèmes de santé peuvent être inclus dans les subventions spécifiques au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme. Cette démarche est fortement recommandée si nécessaire. Ils peuvent également être utilisés dans une subvention autonome consacrée au Renforcement des systèmes de santé, le cas échéant. Les détails et règles pour chaque série de subventions du Fonds mondial doivent être consultés pour évaluer la meilleure stratégie.

7 *Health System Metric Monitoring the Health System in Developing Countries October 6-7 2004, Glion, OMS Suisse et Banque mondiale.*

8 *Ibidem*

Figure 3: Programmes VIH/SIDA, tuberculose et paludisme (VTP) bien intégrés renforçant les systèmes de santé nationaux dans toutes leurs fonctions



Les indicateurs de cette section concernent le système de santé public, mais **nous acceptons volontiers et encourageons également une mesure plus large du renforcement des capacités dans les secteurs hors santé, communautaires, religieux et des ONG**. Bien qu'il en existe peu qui soient acceptés à l'échelle internationale, les indicateurs doivent mettre l'accent sur l'augmentation du nombre de personnes formées, des points de service assurés et des bénéficiaires dans la couverture des services (nombre et pourcentage). Nous apprécions l'inclusion d'indicateurs de ce type.

Tableau 15 : Sélection d'indicateurs pour le renforcement des systèmes de santé

Domaines	Résultats	Effets	Impact
Prestation de services	Etablissements de santé dans un district ou une région qui fournissent des services spécialisés (dépistage et conseils (DC), PTME, ARV, IST, traitement du paludisme, traitement de la tuberculose, activités conjointes TB/VIH, autre) conformément aux protocoles nationaux (nombre et pourcentage)	• Population couverte par des services de base (DC, PTME, ARV, traitement du paludisme, traitement de la tuberculose) (nombre et pourcentage) • Nombre de visites en externe pour le VIH, la TB, et le paludisme par habitant • Augmentation du pourcentage de satisfaction des patients	Des indicateurs d'effet/impact spécifiques aux maladies doivent être inclus (ex : augmentation du taux de détection et de guérison de la TB, mortalité palustre, voir sections propres à chaque maladie)
	Etablissements de santé régulièrement supervisés conformément aux directives nationales (nombre et pourcentage)		
	Districts où il existe des laboratoires complètement équipés pour diagnostiquer la TB, le paludisme et le VIH (nombre et pourcentage)		
	Nombre de dépistages de VIH effectués, exprimé en pourcentage de la population sexuellement active (spécifier les groupes d'âge)		

Domaines	Résultats	Effets	Impact
Ressources humaines	Nombre de travailleurs de la santé (par catégorie, milieu urbain/rural et sexe) pour 100 000 habitants (par catégorie)	• Personnel de santé formé et déployé par catégorie conformément au plan de développement des ressources humaines (nombre et pourcentage) • Augmentation du pourcentage de satisfaction des patients	Des indicateurs d'effet/impact spécifiques aux maladies doivent être inclus (ex : augmentation du taux de détection et de guérison de la TB, mortalité palustre, voir sections propres à chaque maladie)
	Nombre annuel de travailleurs de la santé formés pour 100 000 habitants (par niveau de catégorie)		
	Travailleurs de la santé (par catégorie et région) qui ont assisté à des formations sur le terrain (par type et durée) conformément au programme national au cours de l'année passée (décomposition par maladie si nécessaire) (nombre et pourcentage)		
	Etablissements de santé dotés d'un personnel complet par niveau de soins et par région conformément aux normes nationales (décomposition par programme de maladie si nécessaire) (nombre et pourcentage)		
Renforcement des systèmes communautaires	• Nombre de sites avec des points focaux de coordination communautaire en place • Nombre d'agents communautaires formés pour la mise en œuvre d'activités à assise communautaire • Nombre d'employés d'ONG actuels formés à des compétences de base • Nombre d'organisations à assise communautaire dotées de plans et de systèmes de suivi régulier	• Pourcentage d'unités administratives locales offrant un ensemble de base précis de services communautaires (soins à domicile, prévention de proximité, prise en charge des orphelins, formation)	
Système d'information et recherche opérationnelle	Etablissements de santé ou districts surveillant tous les indicateurs conformément aux directives nationales (y compris en utilisant la liste nationale d'indicateurs) (nombre et pourcentage)	• Système de gestion des informations sanitaires complet • Rapport complet par maladie disponible tous les ans • Indicateurs d'enquête de surveillance des comportements disponibles tous les 4 à 5 ans • Estimation du taux de prévalence du VIH tous les semestres	
	Etablissements de santé ou districts soumettant des comptes rendus en temps voulu conformément aux directives nationales (nombre et pourcentage)		
	Nombre d'enquêtes incluant les indicateurs de base pour les trois maladies organisées conformément au plan de S&E national (spécifier le type)		
	Sites sentinelles de surveillance opérant conformément aux normes nationales (nombre et pourcentage)		
Infrastructure	Etablissements de santé avec des dispositions pour assurer des services spécialisés (DC, PTME, ARV, IST, TB/VIH – spécifier lesquels et combien) (nombre et pourcentage)	• Accès géographiques : pourcentage de la population habitant à distance raisonnable des services de santé de base	
	Etablissements de santé appliquant les réglementations nationales concernant la gestion des achats et des stocks (nombre et pourcentage)		
Gestion des achats et des stocks	• Techniciens (par région) ayant reçu une formation en gestion des achats et des stocks (nombre et pourcentage) • Etablissements de santé appliquant les règlements nationaux concernant la gestion des achats et des stocks (nombre et pourcentage) • Lots de médicaments essentiels contre la tuberculose (spécifier) dotés d'un certificat de lot où figurent des résultats de tests assurant une qualité acceptable, parmi tous les lots de médicaments achetés sur une période définie (nombre et pourcentage) • Nombre total de jours de rupture de stock pour des médicaments essentiels contre la tuberculose (spécifier) stockés, parmi toutes les installations de stockage sur une période définie	• Nombre et pourcentage d'établissements de santé ou d'entrepôts centraux n'ayant pas connu de rupture de stock de médicaments au cours du dernier mois (ou une autre période définie)	

Ressources générales

- Organisation mondiale de la santé. Evidence and Information for Policy Cluster (EIP). http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path–evidence&language–english
- Health Metrics Network http://www.who.int/healthmetrics/en/
- Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme : Measuring the systems effect of the Global Fund with a focus on additionality, partnerships and sustainability. The Global Fund, Geneva, 2005
- Banque mondiale: Health systems development: http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,contentMDK:20184588~menuPK:376811~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376793,00.html
- Management sciences for health http://www.msh.org/
- Quality Assurance Project http://www.qaproject.org/

Assistance technique

- Organisation mondiale de la santé : Evidence and Information for Policy Cluster http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence&language=english
- Banque mondiale : http://www.worldbank.org
- TCNetwork http://www.tcnetwork.net/index.cfm

Documents et directives

Financement

- National health accounts: http://www.who.int/nha/en/
- Jean-Pierre Poullier, Patricia Hernandez, Kei Kawabata, National health accounts: Concepts, data sources and methodology WHO/EIP/02.47. World Health Organization Geneva http://www.who.int/nha/docs/en/NHA_concepts_datasources_methodology.pdf
- WHO Health financing policy: http://www.who.int/health_financing/en/
- Technical brief for policy makers. Number 2. 2005. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure http://www.who.int/hinari/en/

Ressources humaines

- WHO Human Resources website http://www.who.int/hrh/en/
- Global Health Trust http://www.globalhealthtrust.org/
- A guide to rapid assessment of human resources for health World Health Organization 2004 http://www.who.int/hrh/tools/en/Rapid_Assessment_guide.pdf
- Workload indicators of staffing need (WISN) A manual for implementation. WHO/HRB/98.2. World Health Organization Division of Human Resources Development and Capacity Building. Geneva, Switzerland. 1998 http://www.who.int/hrh/documents/en/workload_indicators.pdf
- World Health Organization. Scaling up HIV/AIDS care: service delivery and human resources perspectives. 2004 Geneva. http://www.who.int/hrh/documents/en/HRH_ART_paper.pdf
- World Health Organization. Discussion paper 1. Strategies for assisting health workers to modify and improve skills. WHO/EIP/OSD/2000.1 http://www.who.int/hrh/documents/en/improve_skills.pdfmipfiles/2359/Disc1-AProcessofChange.pdf
- World Health Organization. Discussion paper 2. Achieving the right balance: The role of policy-making processes in managing human resources for health problems. WHO/EIP/OSD/2000.2 http://www.who.int/hrh/documents/en/right_balance.pdf
- World Health Organization. Discussion paper 3. Determining skill mix in the health workforce: Guidelines for managers and health professionals WHO/EIP/OSD/00.11 http://www.who.int/hrh/documents/skill_mix.pdf
- World Health Organization. Human resources and national health systems. Final report (2002) WHO/EIP/OSD/03.2 http://www.who.int/hrh/documents/en/nhs_shaping_agenda.pdf

- MSH Managing Human Resources http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.htm&module=hr&language=English
- Global Health Trust: Joint Learning Initiative in Human Resources for Health http://www.globalhealthtrust.org/

Systèmes d'information et recherche opérationnelle

- Health metrics network http://www.who.int/healthmetrics/en/
- Issues in health information 2. Information Needs for HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Programmes http://www.who.int/healthmetrics/library/issue_2_05apr.doc
- Issues in health information 5: Household and Facility Surveys http://www.who.int/healthmetrics/library/issue_5_05apr.doc
- Health InterNetwork Access to Research Initiative (HINARI) http://www.who.int/hinari/en/

Prestation de services

- Quality and accreditation in health care services: A global review. WHO/EIP/OSD/2003.1 World Health Organization. Geneva 2003 http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf
- The Manager's Electronic Resource Centre: http://erc.msh.org/
- John Snow INC Health Services Assessment http://www.jsi.com/JSIInternet/Projects/ListProjects.cfm?Select=Expertise&ID=4&ShowProjects=No
- Measure Program (USAID) http://www.measureprogram.org/

Principaux indicateurs, enquêtes et outils relatifs à la santé

- WHO Statistical Information System (WHOSIS) Evidence and Information for Health Policy http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,whosis&language=english
- WHO Evidence and Information for Policy http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence&language=english
- World Bank: Survey Tools for Using Household Survey Data. http://www.worldbank.org/html/prdph/lsms/tools/index.htm

ISBN 92–9224–036–6

Organisation mondiale de la Santé

BANQUE MONDIALE

unicef

ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR ONUDC
UNICEF OIT
PAM UNESCO
PNUD OMS
UNFPA BANQUE MONDIALE

OFFICE OF THE UNITED STATES GLOBAL AIDS COORDINATOR

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
USAID

CDC

Investissons dans notre avenir
Le Fonds mondial
De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

MEASURE Evaluation

GUIDE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

VIH/SIDA, TUBERCULOSE ET PALUDISME

Annexes : Choix d'indicateurs pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme

Deuxième édition
Janvier 2006

Table des matières

Guide de suivi et d'évaluation VIH/SIDA, tuberculose et paludisme
Annexes : Choix d'indicateurs pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme

ISBN 92–9224–036–6

Ce document est le fruit d'une collaboration entre l'OMS, l'ONUSIDA, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'USAID, le Ministère américain des Affaires étrangères, le Bureau américain de coordination de la lutte contre le SIDA (OGAC), le Centre de contrôle des maladies (CDC), l'UNICEF, MEASURE Evaluation et la Banque mondiale.

Sa réception, analyse, reproduction et traduction, totales ou partielles, sont libres mais sa vente ou son utilisation à des fins commerciales sont interdites.

Les désignations géographiques utilisées dans cette publication n'impliquent pas d'opinion ou de jugement de la part du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme sur le statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une région, sur son gouvernement ou ses pouvoirs publics ou sur la démarcation de ses frontières.

Les références à de quelconques fabricants, sociétés et autres entités ou produits n'induisent ou n'impliquent aucun cautionnement de ces derniers de la part du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Pour recevoir un exemplaire de ce rapport ou d'autres publications du Fonds mondial, envoyez vos demandes par e-mail à info@theglobalfund.org ou par courrier postal à l'adresse suivante : Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, 8 Chemin de Blandonnet, 1214 Vernier Genève, Suisse. Tél. : (+ 41) 22 791 17 00 – Fax : (+41) 22 791 17 01. Vous trouverez également ce document sur www.theglobalfund.org.

Organisation mondiale de la Santé

BANQUE MONDIALE

unicef

ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA
HCR ONUDC
UNICEF OIT
PAM UNESCO
PNUD OMS
UNFPA BANQUE MONDIALE

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
USAID

CDC

Investissons dans notre avenir
Le Fonds mondial
De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

MEASURE
Evaluation

GUIDE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

VIH/SIDA, TUBERCULOSE ET PALUDISME

Annexes : Choix d'indicateurs pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme

Deuxième édition
Janvier 2006

Annexes : Selectionnez un indicateur pour le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

Sommaire

ANNEXE A : Description des indicateurs de VIH/SIDA 5

ANNEXE B : Description des indicateurs TB/VIH 31

ANNEXE C : Description des indicateurs de tuberculose 43

ANNEXE D : Description des indicateurs de paludisme 51

Note : Les indicateurs présentés dans cette annexe ont été sélectionnés parmi un ensemble plus large et plus complet d'indicateurs disponibles pour chaque maladie. Il est conseillé aux lecteurs de se reporter à la liste complète des indicateurs de la section « Directives » de chaque maladie (VIH/SIDA, Tuberculose/VIH, Tuberculose, Paludisme et Renforcement des systèmes de santé) du guide de S&E afin d'avoir un aperçu général de TOUS les indicateurs essentiels et complémentaires à leur disposition.

ANNEXE A :
Description des indicateurs de VIH/SIDA

COMMUNICATION SUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

L'enseignement de compétences vitales sur le VIH/SIDA dans les écoles

Pourcentage d'écoles ayant au moins un enseignant qui a été formé à l'enseignement de la prévention du VIH/SIDA basée sur les compétences vitales et qui l'a enseigné au cours de la dernière année scolaire écoulée.

JUSTIFICATION

Cet indicateur est une mesure du progrès dans la mise en place de formations sur le VIH/SIDA basées sur les compétences vitales dans les écoles. C'est une mesure de la couverture par les écoles, c'est à dire une estimation de la proportion des écoles rapportant qu'elles dispensent de tels programmes. Il ne s'agit pas d'une mesure de la qualité de ces programmes. Pour que cet indicateur soit significatif, il doit être associé à des mesures de qualité.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre d'écoles ayant au moins un professeur formé et enseignant régulièrement la prévention du VIH/SIDA basée sur les compétences vitales.

Dénominateur : Nombre d'écoles.

Note : la population cible de cet indicateur comprend les écoles primaires et secondaires.

Les directeurs/responsables d'un échantillon national représentatif d'écoles (l'échantillon comprend à la fois des écoles privées et publiques, primaires et secondaires) sont informés de la signification de la formation sur le VIH/SIDA basée sur les compétences vitales ; les questions suivantes leurs sont posées :

1. Votre école dispose-t-elle au moins d'un enseignant qualifié ayant été formé à l'enseignement participatif de la prévention du VIH/SIDA basée sur les compétences vitales au cours des cinq dernières années ?
2. Si la réponse à la question 1 est « oui » : Cette personne enseigne-t-elle la prévention du VIH/SIDA basée sur les compétences vitales de façon régulière dans votre école tout au long de l'année scolaire ? (« tout au long » signifie au moins 5 à 15 heures de formation à la prévention VIH/SIDA basée sur les compétences vitales par an et par classe).

Un ***professeur qualifié*** est un enseignant qui a participé et terminé avec succès une formation aux compétences nécessaires pour mener des expériences de formation participative dont l'objectif est de développer les connaissances, des attitudes positives et des compétences (par ex., la communication interpersonnelle, la négociation, la prise de décision, la réflexion critique et les stratégies de soutien) qui aident les jeunes à conserver des styles de vie sains.

Le critère d'***enseignement régulier*** se base sur les résultats d'une recherche montrant que des programmes de haute qualité peuvent obtenir de bons résultats si la formation sur le VIH/SIDA basée sur les compétences vitales est de 5 à 15 heures par an et par classe.

La dimension temporelle de la ***dernière année scolaire*** sera définie, dans chaque pays, en fonction du calendrier scolaire (en général 9 à 10 mois sur l'année civile, prévus pour permettre aux élèves de finir un niveau pédagogique ou une classe).

Si l'échantillon a été choisi pour représenter différentes couches, les résultats peuvent être ventilés par type d'école (c'est-à-dire, filles et garçons, grandes et petites, urbaines ou rurales, privées ou publiques et primaires ou secondaires). Lorsqu'une école est à la fois primaire et secondaire, les informations devront être collectées et envoyées séparément pour chaque niveau.

De plus, les taux de scolarisation des écoles primaires et secondaires pour l'année scolaire la plus récente doivent être indiqués.

Si les ressources le permettent, les quatre questions complémentaires suivantes peuvent également être posées (si la réponse à la question 1 ci-dessus est « oui ») :

3. Combien de professeurs de votre école ont été formés à un enseignement participatif sur la prévention VIH/SIDA basé sur les compétences vitales au cours de ces cinq dernières années ?
4. Combien d'entre eux ont enseigné la prévention du VIH/SIDA basée sur les compétences vitales dans votre école au cours de la dernière année scolaire écoulée ?
5. Combien de classes et d'élèves de chaque niveau ont reçu un enseignement sur la prévention du VIH/SIDA basé sur les compétences vitales dans votre école l'an dernier ?
6. Quelle était la durée du programme/cours pour chaque niveau en volume horaire ?

A l'aide des informations portant sur les jeunes en âge d'être scolarisés et les questions ci-dessus, il est possible d'estimer la proportion de jeunes et d'écoliers bénéficiant effectivement d'un enseignement sur la prévention du VIH/SIDA basé sur les compétences vitales.

Pour un guide des aspects ***qualitatifs*** d'un enseignement du VIH/SIDA basé sur les compétences vitales, veuillez consulter le site de l'UNICEF : www.unicef.org/lifeskills/

Plate-forme : Enquête auprès des écoles.

Fréquence : Bisannuelle.

RÉFÉRENCES

- *WHO-UNAIDS (2004) Guide to Monitoring and Evaluating National HIV/AIDS Prevention Programs for Young People. Geneva. www.who.int/hiv/pub/epidemiologu/me_prev_yp/en*

INDICATEUR DE PRÉVENTION (VIH-IP 2) :

COMMUNICATION SUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Programmes de prévention pour les populations les plus exposées au risque

Pourcentage des [populations les plus exposées au risque] touchées par les programmes de prévention du VIH/SIDA.

JUSTIFICATION

Les programmes de prévention du VIH/SIDA atteignent souvent difficilement les populations les plus exposées au risque. Cependant, afin d'éviter la progression du VIH/SIDA au sein de ces groupes ainsi que dans l'ensemble de la population, il importe de leur donner accès à ces services. Cet indicateur sert à évaluer le progrès dans la mise en place des programmes de prévention du VIH/SIDA pour les populations les plus exposées au risque. Il doit être calculé séparément pour chacun des groupes considérés comme les plus à risque dans un pays donné, par ex. les professionnel (le)s du sexe, les usagers de drogues par injection, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.

Note : Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent aussi présenter des sous-épidémies concentrées parmi un ou plusieurs de ces groupes. Le cas échéant, il serait intéressant pour les pays de documenter et de rapporter cet indicateur.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de personnes interrogées [les plus exposées au risque] qui ont eu accès à des programmes de prévention du VIH/SIDA au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur : Nombre de personnes les plus exposées au risque intégrées dans l'échantillon de l'enquête ou méthodes d'estimation de la prévalence de la taille de la population la plus exposée au risque pour le dénominateur (si les données sont collectées par l'intermédiaire de rapports de programme de suivi).

Note : Les données collectées pour cet indicateur devront être ventilées par sexe et par âge (<25/+25).

Lorsque cela est possible, les données pour les populations les plus exposées au risque doivent être collectées par l'intermédiaire d'organisations de la société civile qui travaillent en étroite relation avec les populations concernées sur le terrain.

L'accès aux personnes interrogées et aux données collectées auprès de celles-ci doit rester confidentiel.

MESURE

Les données peuvent être collectées grâce à des enquêtes spécifiques et des rapports de programme de suivi.

Enquêtes : une série de questions est posée aux sondés au sujet de leur exposition/utilisation des services de prévention du VIH/SIDA. En fonction du contexte local, cette liste comprendra (1) proximité et formation de l'entourage ; (2) exposition à des média ciblés ; (3) Dépistage et/ou traitement des IST ; (4) Conseil et test de VIH ; (5) thérapie de substitution et pratiques d'injection sécurisées pour les utilisateurs de drogues injectables (UDI).

L'accès et l'enquête auprès des populations les plus exposées au risque peuvent se révéler difficiles. Par conséquent, les données obtenues risquent de ne pas être basées sur un échantillon représentatif de la population la plus exposée au risque. Si des doutes subsistent sur le fait que les données ne sont pas basées sur un échantillon représentatif, l'interprétation des données de l'enquête doit en tenir compte. Lorsqu'il existe différentes sources de données, les meilleures estimations disponibles devront être utilisées. Les informations relatives à la taille de l'échantillon, à la qualité/fiabilité des données et aux questions connexes doivent être intégrées dans le rapport remis avec cet indicateur.

Suivi de programme : les rapports des programmes offrant les services susmentionnés sont compilés et rassemblés afin d'obtenir une mesure générale de la couverture des programmes de prévention.

Lorsque l'indicateur se base sur les données d'un programme, on doit tenter de régler le problème des doublons pendant la période de référence. Il est nécessaire de s'assurer que les clients desservis (par opposition aux clients visités) par un même service ou par différents services soient comptés.

Les différents types de services compteront de manière équivalente dans l'estimation de la couverture générale des services.

Plate-forme : Les données peuvent être collectées par le biais d'enquêtes spécifiques et de rapports de programmes de suivi.

Fréquence : Bisannuelle.

RÉFÉRENCES

- *ONUSIDA (2005) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Conseils pour l'élaboration des indicateurs essentiels – rapport 2006, UNGASS, Genève*
- *WHO-UNAIDS (2005) A guide to monitoring and evaluating national HIV prevention programs for most-at-risk populations in low-level and concentrated epidemic settings (draft)*

INDICATEUR DE PRÉVENTION (VIH-IP 3):

COMMUNICATION SUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Connaissances de la prévention VIH chez les jeunes

Pourcentage de jeunes qui identifient correctement les manières de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant le VIH.

JUSTIFICATION

Cet indicateur combine les mesures de connaissances de la transmission du VIH et de la prévention avec la prévalence d'idées reçues sur le VIH.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre de jeunes hommes et de jeunes femmes qui ont répondu correctement aux cinq questions relatives à la transmission du VIH et aux idées reçues sur le VIH.

Dénominateur: Tous les jeunes gens interrogés.

Note: L'analyse et le rapport en pourcentage ventilé des hommes et des femmes en fonction de leur lieu de résidence urbain/rural.

MESURE

Cet indicateur est élaboré d'après les réponses obtenues aux questions suivantes:

1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle et non infecté?
2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs?
3. Un personne paraissant en bonne santé peut-elle être infectée par le VIH?
4. Une personne peut-elle être infectée par le VIH en étant piquée par un moustique?
5. Une personne peut-elle être infectée par le VIH en partageant un repas avec quelqu'un qui est infecté par le VIH?

Les questions 4 et 5 peuvent être remplacées par les deux idées fausses locales (nationales) les plus communes sur la transmission du VIH/prévention du VIH. Par exemple, « Un homme infecté par le VIH peut-il être guéri en ayant des relations sexuelles avec une jeune fille vierge? » ou « Peut-on être infecté par le VIH en se faisant une injection avec une seringue qui a déjà été utilisée par quelqu'un d'autre? ».

Les questions 1 et 2 mesurent l'exactitude des connaissances en matière de prévention de la transmission du VIH. La question 3 mesure une idée fausse courante selon laquelle les personnes en bonne santé ne sont pas infectées par le VIH. Il s'agit d'une idée fausse répandue chez les jeunes et qui peut entraîner des rapports non protégés avec un partenaire infecté par le VIH. Les questions 4 et 5 se rapportent à deux autres idées fausses sur la transmission du VIH.

Dans son ensemble, l'indicateur offre aux gestionnaires de programmes une mesure sur les connaissances générales qu'ont les jeunes sur la façon de se protéger du VIH. Les indicateurs précédents de ces connaissances avaient inclus l'abstinence en tant que méthode de prévention « correcte » utilisée par cet indicateur. L'abstinence est un choix de prévention extrêmement important pour les jeunes.

De nombreuses recherches montrent que les personnes qui sont déjà actives sexuellement utilisent rarement l'abstinence comme principale méthode de prévention du VIH. Cependant, les jeunes en particulier peuvent pratiquer une « abstinence secondaire », c'est-à-dire une période prolongée volontaire d'inactivité sexuelle après leur initiation. Des réponses négatives à cette question peuvent donc provenir de personnes qui croient que l'abstinence n'est pas possible plutôt que du fait qu'elle ne constitue pas une protection efficace. Dans les enquêtes parmi les adolescents, cependant, les questions sur l'abstinence demeurent importantes. Les programmes centrés sur le recul de l'âge du premier rapport sexuel chez les adolescents (entre 10 et 19 ans) peuvent inclure un indicateur de connaissances comprenant les réponses correctes à une question sur l'abstinence comme méthode de prévention dans le numérateur. Une question sur l'abstinence pourrait être: « Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par une abstinence de relations sexuelles? ».

Cet indicateur devra être présenté sous la forme d'un pourcentage (séparé pour les hommes et les femmes), et ventilé par âge: 10 à 14 ans (si possible), 15 à 19 ans, 20 à 24 ans et 10 à 24 ans (si possible). Cet indicateur devra être rapporté pour le groupe des 15 à 24 ans pour les indicateurs des Objectifs de Développement du Millénaire et l'Objectif VIH de l'UNGASS.

L'indicateur peut également être ventilé par question pour montrer les lacunes dans les connaissances et la prévalence d'idées fausses.

Plate-forme: Etude démographique générale représentative du pays.

Fréquence: Tous les 2 à 4 ans.

RÉFÉRENCES

- *WHO-UNAIDS (2004) Guide to Monitoring and Evaluating National HIV/AIDS Prevention Programs for Young People Geneva. www.who.int/hiv/pub/epidemiologu/me_prev_yp/en*
- *ONUSIDA (2005) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Conseils pour l'élaboration des indicateurs essentiels – rapport 2006, UNGASS, Genève*

INDICATEUR DE PRÉVENTION (VIH-IP 4) :

DISTRIBUTION DE PRÉSERVATIFS

Préservatifs disponibles au détail et sites de prestation de service avec stock de préservatifs

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

JUSTIFICATION

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

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

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

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

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

MESURE

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

Plate-forme : Etudes (protocole PSI pour évaluer les programmes de marketing social, indicateur de prévention 3 OMS/GPA).

Fréquence : Trimestrielle/annuelle.

RÉFÉRENCES

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

INDICATEUR DE PRÉVENTION (VIH-IP 5) :

DÉPISTAGE ET CONSEILS

Personnes bénéficiant de conseil et dépistage

Pourcentage de la population générale subissant un test VIH, résultats et conseils après le test.

JUSTIFICATION

Le dépistage et les conseils en matière de VIH sont des points d'entrée importants pour la prévention et les besoins en soins. Il est donc important de mesurer le nombre de personnes qui ont accès à ces services comme un indicateur du nombre de personnes qui pourraient potentiellement bénéficier de prévention et de soins.

Cet indicateur est conçu pour montrer combien de personnes ont été dépistées et ont reçu des conseils après le test.

Pour le gestionnaire du programme, cet indicateur se présentera en cascade afin d'identifier les points suivants :

1. Nombre d'individus qui ont reçu des conseils ou des informations, avant le test et/ou après le test, suffisants pour garantir leur consentement éclairé.
2. Pourcentage des dépistés qui ont reçu des conseils avant le test et sont réellement dépistés.
3. Pourcentage des dépistés qui ont reçu leurs résultats.
4. Pourcentage des dépistés qui ont reçu des conseils après le test.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Le nombre de personnes qui ont reçu les résultats de leur test VIH et des conseils après le test.

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées ou population totale, en fonction de la méthode de collecte des données.

Note : Une analyse et un rapport par composante et par sexe sont recommandés. Il est suggéré que des données soient également collectées pour les personnes demandant un test VIH, obtenant le test et recevant les résultats. Il est recommandé que les données soient ventilées pour les moins de 25 ans comme suit : 15 à 19 ans et 20 à 24 ans.

MESURE

Les méthodologies suivantes sont recommandées :

1. Enquêtes sur les ménages : En demandant aux personnes interrogées si elles ont déjà été dépistées et, si oui, si elles ont reçu les résultats. Cet indicateur peut être établi de façon représentative au niveau national.
2. Système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS) : Idéalement, les informations pour cet indicateur peuvent être obtenues en examinant les données collectées au niveau local et disponibles par le biais des SIGS au niveau national.
3. Enquêtes auprès des centres de santé.

Si le SIGS n'est pas entièrement opérationnel, l'utilisation d'enquêtes dans les centres de santé proposant un dépistage et des conseils dans les unités/départements concernés peut s'avérer nécessaire.

Il faut ventiler l'indicateur en fonction de la façon dont ces services sont fournis. En particulier, on intègrera la prestation de services horizontale (à savoir dans un but de diagnostic) ou verticale (à savoir des CTV autonomes).

Le dénominateur, la population totale, peut être obtenu à partir du dernier recensement.

Plate-forme : Enquête auprès de la population générale d'ONUSIDA ; module SIDA des EDS ; ESC adultes de FHI ; ESC jeunes.

Fréquence : Annuelle.

RÉFÉRENCES

- *ONUSIDA/MEASURE (2000) Programmes de SIDA nationaux: Guide de suivi et d'évaluation. Genève: ONUSIDA. www.cpc.unc.edu/measure/guide/guide.html*
- *UNAIDS (2004) National AIDS programmes. A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support. Geneva: UNAIDS*

INDICATEUR DE PRÉVENTION (VIH-IP 6) :

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

Services comportant une série minimum de prestations de PTME

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

JUSTIFICATION

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

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

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

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

Note : Une analyse et un compte-rendu par type de service sont recommandés.

MESURE

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

Plate-forme : Enquêtes des services sanitaires.

Fréquence : Tous les 2 à 3 ans.

RÉFÉRENCES

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

INDICATEUR DE PRÉVENTION (VIH-IP 7):

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

Femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale complète pour réduire le risque de transmission mère-enfant (TME)

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

JUSTIFICATION

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

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

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

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

Note: Une ventilation par type de service est recommandée et, si possible, par femmes et par groupes d'âge: 15-19, 20-24, 25-34, 35-49 ans.

MESURE

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

Plate-forme: Rapports de programmes de suivi/Estimation des naissances du Bureau Central des Statistiques.

Fréquence: Tous les 2 à 3 ans.

RÉFÉRENCES

- *OMS-ONUSIDA (2004) Guide de suivi et d'évaluation des programmes nationaux pour la prévention VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants, Genève.*
- *ONUSIDA (2005) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Conseils pour l'élaboration des indicateurs essentiels – rapport 2006, UNGASS, Genève.*

INDICATEUR DE PRÉVENTION (VIH-IP 8) :

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Prise en charge complète des cas d'IST

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

JUSTIFICATION

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

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de patients atteints d'IST pour lesquels les procédures correctes ont été suivies concernant: (1) le recueil des antécédents ; (2) l'examen ; (3) le diagnostic et le traitement ; et (4) le conseil effectif sur la notification au partenaire, l'utilisation de préservatifs et le test de dépistage du VIH.

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

Note : Il est recommandé de procéder à une distinction des scores pour les hommes et les femmes, et pour les patients âgés de moins et de plus de 25 ans. Idéalement, la ventilation pour les moins de 25 ans devrait être la suivante : 15 à 19 ans et 20 à 24 ans.

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

MESURE

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

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

Fréquence : Bisannuelle.

RÉFÉRENCES

- *ONUSIDA (2005) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Conseils pour l'élaboration des indicateurs essentiels – rapport 2006, UNGASS, Genève.*

INDICATEUR DE PRÉVENTION (VIH-IP 9) :

SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE ET PRÉCAUTIONS UNIVERSELLES

Districts avec accès au recrutement de donneurs et centres de transfusion sanguine

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

JUSTIFICATION

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

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

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

Dénominateur : Nombre total de districts ou de régions.

MESURE

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

Plate-forme : MEASURE Evaluation Draft Blood Safety Protocol.

Fréquence : Trimestrielle.

RÉFÉRENCES

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

INDICATEUR DE PRÉVENTION (VIH-IP 10):

SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE ET PRÉCAUTIONS UNIVERSELLES

Unités de sang transfusées testées contre le VIH

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

JUSTIFICATION

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

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

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

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

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

MESURE

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

Plate-forme: MEASURE Evaluation Draft Blood Safety Protocol.

Fréquence: Tous les 2 à 3 ans.

RÉFÉRENCES

- *ONUSIDA/MEASURE (2000) Programmes de SIDA nationaux: Guide de suivi et d'évaluation. Genève: ONUSIDA www.cpc.unc.edu/measure/guide/guide.html*
- *ONUSIDA (2005) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Conseils pour l'élaboration des indicateurs essentiels – rapport 2006, UNGASS, Genève.*

INDICATEUR DE TRAITEMENT (VIH-IT 1) :

TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL ET SUIVI

Personnes ayant une infection à VIH avancée qui reçoivent une thérapie basée sur une association d'antirétroviraux

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

JUSTIFICATION

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

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

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

Dénominateur : Nombre de personnes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé.

Note : Cet indicateur devra être ventilé en fonction des services publics/privés, par groupe d'âge et par sexe. Les groupes d'âge seront de 0 à 2 ans, de 3 à 4 ans, de 5 à 9 ans, de 10 à 14 ans, de 15 à 34 ans, de 35 à 49 ans et + de 50 ans.

MESURE

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

Plate-forme : Rapports de suivi du programme.

Fréquence : Bisannuelle.

RÉFÉRENCES

- *UNAIDS (2004) National AIDS programmes. Guide des indicateurs et de l'évaluation des programmes antirétroviraux nationaux, Genève.*
- *ONUSIDA (2005) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Conseils pour l'élaboration des indicateurs essentiels – rapport 2006, UNGASS, Genève.*

INDICATEUR DE TRAITEMENT (VIH-IT 2) :

TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL ET SUIVI

Centres de santé en mesure de fournir des soins médicaux avancés ainsi que des services de soutien psychologique aux personnes infectées par le VIH.

Pourcentage de centres de santé ayant les capacités et les conditions pour fournir des soins cliniques avancés et des services de soutien psychologique pour l'infection VIH/SIDA, y compris une offre et un suivi de traitements antirétroviraux.

JUSTIFICATION

Cet indicateur mesure la disponibilité des services spécifiques et avancés pour le soutien aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA. Les services et les unités mesurés dans cet indicateur nécessitent un apport substantiel et une formation du personnel allant au-delà de la formation usuelle dans la plupart des systèmes sanitaires.

La capacité à fournir des soins VIH/SIDA avancés se définit par :

(a) des systèmes et des unités de soutien de gestion des infections opportunistes et la fourniture de soins palliatifs (traitement symptomatique) aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

(b) des systèmes et des unités de soutien avancés de soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA ;

(c) des systèmes et des unités de soutien de traitements antirétroviraux ;

(d) des conditions de fourniture de soins pour les malades hospitalisés infectés par le VIH/SIDA ;

(e) des conditions de soutien des soins à domicile ; et

(f) Une prophylaxie post-exposition.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur :

1. Nombre de centres dans lesquels les unités individuelles existent pour chaque service ou unités citées ci-dessus.
2. Nombre de centres dans lesquels toutes les composantes pour chaque service ou unité individuels existent (a, b, c, d, e ou f).
3. Nombre de centres dans lesquels toutes les composantes pour tous les services et unités individuels existent (a, b, c, d, e et f).

Dénominateur :

Pour 1 : Nombre total d'établissements de soins faisant l'objet de l'enquête.

Pour 2 et 3 : Nombre total de centres de soins dans lesquels les services de VIH/SIDA de chacun des domaines identifiés dans la définition sont proposés ou disponibles.

MESURE

Ces informations devront être collectées par le biais d'une enquête auprès des centres de santé et de l'observation de tous les services concernés. Comme pour l'indicateur 6, des entretiens avec les prestataires de services VIH/SIDA seront également nécessaires.

Les unités particulières de chaque service devront être présentées séparément et selon un premier niveau de ventilation (toutes les composantes de chaque service ou unité). Lorsqu'une proportion importante de centres commence à posséder des composantes de premier niveau de ventilation, un deuxième niveau pourra figurer s'il est approprié.

Plate-forme : Enquêtes des services sanitaires.

Fréquence : Tous les 2 à 4 ans.

RÉFÉRENCES

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

SOUTIEN AUX ORPHELINS

Orphelins et enfants vulnérables au VIH/SIDA dont les foyers ont reçu gratuitement un soutien externe de base

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

JUSTIFICATION

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

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables résidant dans des foyers qui ont bénéficié d'au moins un des services suivants :

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

Dénominateur : Nombre total d'orphelins et d'enfants vulnérables.

Note : Si la taille des échantillons le permet, les données devront être analysées et présentées par tranches d'âge (de 0 à 5 ans, de 6 à 9 ans et de 10 à 17 ans) et par sexe.

MESURE

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

Plate-forme : Enquêtes sur les ménages.

Fréquence : Tous les 2 à 4 ans.

RÉFÉRENCES

- *UNAIDS/UNICEF (2005). Guide to monitoring and evaluation of the national response for children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS. New York: UNICEF www.unaids.org/EN/in+focus/ monitoringevaluation/m_e+library.asp*
- *UNAIDS (2004) National AIDS programmes. A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support. Geneva: UNAIDS www.unaids.org/EN/in+focus/ monitoringevaluation/m_e+library.asp*
- *ONUSIDA (2005) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Conseils pour l'élaboration des indicateurs essentiels – rapport 2006, UNGASS, Genève.*

LIEU DE TRAVAIL

Entreprises ayant mis en œuvre des politiques et des programmes de riposte au VIH/SIDA sur le lieu de travail

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

JUSTIFICATION

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

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre d'employeurs dont les politiques et les programmes en matière de VIH/SIDA satisfont à tous les critères mentionnés ci-dessous.

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

Note : Nous recommandons une analyse et un rapport séparés et confondus par secteurs privé et public.

MESURE

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

Plate-forme : Etude portant sur les 30 plus gros employeurs – 25 du secteur privé et 5 du secteur public.

Fréquence : Bisannuelle.

RÉFÉRENCES

- *ONUSIDA (2005) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Conseils pour l'élaboration des indicateurs essentiels – rapport 2006, UNGASS, Genève.*

INDICATEUR D'EFFET VIH (VIH-IE 1) :

MULTIPLICITÉ DE PARTENAIRES

Femmes et hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu des relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des douze derniers mois

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans qui ont eu des relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des douze derniers mois sur l'ensemble des sondés de 15 à 49 ans qui ont indiqué avoir eu une activité sexuelle au cours des douze derniers mois.

JUSTIFICATION

Les messages de prévention devraient se centrer sur l'abstinence et la monogamie réciproque. Les relations sexuelles entre jeunes étant souvent instables, des relations qui auraient du être réciproquement monogames peuvent cesser et être remplacées par d'autres relations dans lesquelles des intentions similaires sont prédominantes. Dans les épidémies à forte prévalence de VIH, la monogamie en série ne protège pas vraiment de l'infection VIH. Cet indicateur mesure la proportion de personnes qui ont eu plus d'un partenaire au cours des douze derniers mois.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu des relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des douze derniers mois.

Dénominateur : Nombre de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont indiqué avoir eu une activité sexuelle au cours des douze derniers mois.

MESURE

Dans une enquête parmi des personnes âgées de 15 à 49 ans, celles-ci sont interrogées au sujet de leurs relations sexuelles au cours des douze derniers mois.

Cet indicateur devra être donné séparément pour les hommes et les femmes. Il devra être ventilé pour les 15 à 19 ans et les 20 à 24 ans, pour les 15 à 24 ans et les 15 à 49 ans si la taille de l'échantillon le permet.

Au sujet des hommes dans les sociétés polygames qui ont une multiplicité de partenaires tout en étant mariés, il est recommandé de ventiler l'indicateur par statut marital en y incluant la polygamie. De plus, étant donné que la probabilité de transmission du VIH au cours d'une infection récente (aiguë) peut être d'une magnitude plus élevée que lors d'une infection chronique, il est souhaitable de mener des analyses pour évaluer le pourcentage d'individus sexuellement actifs ayant eu deux ou plusieurs partenaires au cours des deux mois précédents. L'évaluation de la prévalence de chevauchement ou de relations concurrentes peut être un moyen utile de quantifier les expositions possibles au VIH pendant la période d'infection aiguë.

Plate-forme : Enquêtes démographiques telle que l'enquête démographique générale de l'ONUSIDA, EDS/EIS, ESC (pour les jeunes), et ESR.

Fréquence : Etude de référence, puis tous les 2 à 3 ans.

RÉFÉRENCES

- *WHO-UNAIDS (2004) Guide to Monitoring and Evaluating National HIV/AIDS Prevention Programs for Young People. Geneva. www.who.int/hiv/pub/epidemiologu/me_prev_yp/en*

INDICATEUR D'EFFET VIH (VIH-IE 2) :

ABSTINENCE

Abstinence primaire

Pourcentage de jeunes hommes et de femmes âgés de 15 à 19 ans n'ayant jamais eu de rapports sexuels.

JUSTIFICATION

Cet indicateur fournit des informations sur des aspects importants du comportement sexuel. Il décrit la proportion de jeunes sondés qui n'ont jamais eu de rapport sexuels, donc la prévalence de virginité chez les jeunes. L'observation de cette prévalence par groupes d'âge restreints (15 à 16 ans, 17 à 19 ans, par exemple, et idéalement par année d'âge) sur la durée permet aux gestionnaires de programmes de voir si l'âge du premier rapport sexuel varie.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de jeunes hommes et femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels.

Dénominateur : Nombre de jeunes hommes et femmes sondés de 15 à 19 ans.

MESURE

Il est demandé aux personnes interrogées (de 15 à 19 ans) si elles ont déjà eu des relations sexuelles.

Cet indicateur devra être donné séparément pour les hommes et les femmes.

Si l'indicateur est calculé pour des groupes d'âge plus grands que la période de changement de l'abstinence, l'indicateur n'illustrera pas les changements, par ex. un changement de l'abstinence chez les 15 à 19 ans n'illustrera pas un changement sur une période de 2 à 3 ans. Il est donc recommandé que cet indicateur soit fourni par année d'âge.

Plate-forme : Enquêtes démographiques comme les EDS/EIS, ESR.

Fréquence : Etude de référence, puis tous les 2 à 3 ans.

RÉFÉRENCES

- *Adaptation d'ONUSIDA (2004).*

INDICATEUR D'EFFET VIH (VIH-IE 3) :

ABSTINENCE

Abstinence secondaire

Pourcentage d'hommes et de femmes de 15 à 24 ans n'ayant pas eu de rapports sexuels au cours de l'année passée parmi tous ceux qui ont déjà eu des rapports sexuels.

JUSTIFICATION

Cet indicateur est une mesure des relations sexuelles chez les jeunes. Un score élevé de cet indicateur traduit un échec des messages de prévention insistant sur l'abstinence. Etant donné que les jeunes devraient être la cible des programmes d'éducation et de prévention, la décision de s'abstenir de relations sexuelles après une activité sexuelle précoce serait un résultat attendu des programmes. Cet indicateur mesure les changements de normes culturelles et sociales relatives à l'activité sexuelle précoce. Cet indicateur devrait être en baisse là où existent des programmes en faveur d'un recul de l'âge du premier rapport sexuel ou de l'abstinence.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans n'ayant eu aucune activité sexuelle au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur : Nombre de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans ayant déjà eu des rapports sexuels.

MESURE

Dans une enquête parmi des personnes âgées de 15 à 24 ans, celles-ci sont interrogées sur leurs relations sexuelles au cours des douze derniers mois et avant.

Cet indicateur devra être présenté séparément pour les hommes et les femmes.

Plate-forme : Enquêtes démographiques telle que l'enquête démographique générale de l'ONUSIDA, EDS/EIS, ESC (pour les jeunes), ESR.

Fréquence : Etude de référence, puis tous les 2 à 3 ans.

RÉFÉRENCES

- *Adaptation d'ONUSIDA (2000).*

INDICATEUR D'EFFET VIH (VIH-IE 4) :

UTILISATION CONSTANTE DE PRÉSERVATIFS

Utilisation de préservatifs par les jeunes ayant des partenaires occasionnels

Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans indiquant avoir utilisé systématiquement un préservatif lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels au cours de l'année passée.

JUSTIFICATION

Cet indicateur montre dans quelle proprtion les jeunes qui ont des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels utilisent le préservatif.

Lors de l'interprétation des tendances de cet indicateur, il faut noter que les changements peuvent indiquer des variations des nombres de personnes qui ont des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels et non uniquement une variation de l'utilisation des préservatifs. Cet indicateur doit donc être analysé prudemment en tenant compte des variations de la proportion des jeunes ayant des relations sexuelles avec un partenaire occasionnel afin de comprendre les implications programmatiques.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de jeunes hommes et femmes âgées de 15 à 24 ans qui ont eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels au cours des douze derniers mois et qui ont utilisé systématiquement un préservatif lors de leur dernier rapport avec ce partenaire.

Dénominateur : Jeunes hommes et femmes âgées de 15 à 24 ans qui ont eu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels au cours des douze derniers mois.

Note : La population cible de cet indicateur rassemble les 15-24 ans. Les données doivent toujours être indiquées séparément pour les hommes et les femmes. Lorsque la taille des échantillons le permet, il est également recommandé de donner l'indicateur pour les groupes d'âge de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans.

MESURE

Il est demandé aux personnes interrogées si elles ont déjà eu des relations sexuelles. Pour celles où la réponse est oui, des questions sont posées sur l'utilisation systématique du préservatif avec tous les partenaires au cours de l'année passée et sur le type de partenaire (épouse, concubin, petit(e) ami(e), connaissance, professionnel(le) du sexe).

Cet indicateur doit être présenté sous la forme d'un pourcentage séparément pour les hommes et les femmes des trois groupes d'âge suivants : 15 à 19 ans, 20 à 24 ans et 15 à 24 ans.

Plate-forme : Etude démographique générale représentative du pays.

Fréquence : De préférence bisannuelle ; au minimum tous les 4 à 5 ans.

RÉFÉRENCES

- *Adaptation d'ONUSIDA (2000).*

INDICATEUR DE PRÉVENTION (VIH-IE 5) :

COMMUNICATION SUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Utilisateurs de drogues par injection : injection et pratiques sexuelles protégées

Pourcentage d'usagers de drogues par injection qui ont adopté des comportements qui réduisent la transmission du VIH, par ex. qui, évitent de partager du matériel d'injection non stérile et utilisent des préservatifs.

JUSTIFICATION

Les pratiques d'injection et les comportements sexuels protégés sont essentiels parmi les usagers de drogues par injection (UDI), même dans les pays où d'autres modes de transmission du VIH sont prédominants, car : (1) le risque de transmission du VIH parmi les UDI utilisant un matériel d'injection contaminé est extrêmement élevé ; et (2) les UDI peuvent constituer un réservoir d'infection à partir duquel le VIH se propage (par ex. par transmission sexuelle) à une plus large population.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de personnes interrogées qui indiquent qu'elles n'ont jamais partagé un équipement d'injection au cours du dernier mois et qui ont également déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapportsexuel.

Dénominateur : Nombre de personnes interrogées qui déclarent s'être injectées de la drogue au cours du dernier mois et avoir eu des rapports sexuels au cours du dernier mois.

Note : L'analyse et un rapport de données ventilées par âge (moins de 25 ans et plus de 25 ans) sont recommandés.

MESURE

Il est demandé aux sondés de répondre aux questions suivantes :

1. Vous êtes-vous injecté des drogues au cours du dernier mois ?
2. Si la réponse à la question 1 est « oui » : Avez-vous partagé du matériel d'injection au cours du dernier mois ?
3. Avez-vous eu des relations sexuelles au cours du dernier mois ?
4. Si les réponses aux questions 1 et 3 sont toutes deux « oui » : Avez-vous (ou votre partenaire) utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport sexuel?

Plate-forme : Echantillon agrégé dans l'espace/temps ou ciblé en boule de neige (voir le manuel d'Enquête de surveillance des comportements (ESC).

Fréquence : Bisannuelle.

RÉFÉRENCES

- *FHI (2000) Behavioural Surveillance Surveys (BSS): guidelines for the repeated behavioral surveys in Populations at risk of HIV.*
- *ONUSIDA (2005) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Conseils pour l'élaboration des indicateurs essentiels – rapport 2006, UNGASS, Genève.*

SOUTIEN AUX ORPHELINS

Taux de scolarisation des orphelins

Taux de scolarisation des orphelins âgés de 10 à 14 ans par rapport aux non orphelins du même âge.

JUSTIFICATION

Le VIH/SIDA met fin à la vie d'un nombre toujours plus important d'adultes alors qu'ils fondent des familles et élèvent des enfants. Par conséquent, la prévalence d'orphelins ne cesse de croître régulièrement dans de nombreux pays. Moins de parents à l'âge adulte signifie que l'avenir des orphelins est de plus en plus incertain. L'état d'orphelin s'accompagne souvent de préjugés et d'une grande pauvreté, des facteurs qui peuvent ensuite compromettre les chances des enfants de terminer l'école, ce qui peut conduire à l'adoption de stratégies de survie qui augmentent la vulnérabilité au VIH. Il est donc important de mesurer la capacité des programmes de soutien aux personnes souffrant du SIDA à garantir les possibilités d'éducation des orphelins.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Taux de scolarisation des orphelins (1) :

Numérateur : Nombre d'enfants (de 10 à 14 ans) qui ont perdu leurs deux parents et qui sont encore à l'école.

Dénominateur : Nombre d'enfants (de 10 à 14 ans) qui ont perdu leurs deux parents.

Taux de scolarisation des orphelins (2) :

Numérateur : Nombre d'enfants (de 10 à 14 ans) dont les deux parents sont encore en vie, qui vivent avec au moins un parent et vont encore à l'école.

Dénominateur : Nombre d'enfants (de 10 à 14 ans) dont les parents sont encore en vie et qui vivent avec au moins un parent.

Calcul du ratio de (1) par rapport à (2)

Note : L'indicateur est requis pour tous les enfants âgés de 10 à 14 ans, pour les filles et les garçons séparément. Lorsque cela est possible, l'indicateur devra également être calculé par année d'âge. Le nombre minimum d'orphelins âgés de 10 à 14 ans nécessaire pour calculer cet indicateur est de 50.

MESURE

Dans une étude démographique, il est demandé aux personnes interrogées si elles vont actuellement à l'école. L'indicateur est le ratio du taux de scolarisation actuel des enfants âgés de 10 à 14 ans dont les parents biologiques sont décédés par rapport au taux de scolarisation des enfants âgés de 10 à 14 ans dont les parents sont encore en vie et qui vivent avec au moins un parent biologique.

Les pays sont fortement encouragés à indiquer le ratio d'OEV scolarisés par rapport aux non-OEV scolarisés. Dans les pays où le nombre d'enfants qui sont orphelins est relativement bas (moins de 5 à 8% de la population de moins de 18 ans), cet indicateur évitera le problème de chiffres peu élevés d'orphelins ayant perdu leurs deux parents.

Plate-forme : Etudes démographiques comme DHS, UNICEF MICS ou autres études représentatives.

Fréquence : tous les 2 à 4 ans.

RÉFÉRENCES

- *UNAIDS/UNICEF (2005). Guide to monitoring and evaluation of the national response for children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS. New York: UNICEF. www.unaids.org/EN/in+focus/ monitoringevaluation/m_e+library.asp*
- *ONUSIDA (2005) Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: Conseils pour l'élaboration des indicateurs essentiels – rapport 2006, UNGASS, Genève.*

ANNEXE B :
Description des indicateurs TB/VIH

INDICATEUR TB/VIH (TB/VIH 1) :

DIAGNOSTIC TB ACCRU PARMI LES PVAVS

Nombre de PVAVS recevant un dépistage du SIDA et des conseils ou un traitement VIH et des soins, qui ont été examinées suite à des symptômes de TB, exprimé par rapport à toutes les PVAVS qui ont subi un dépistage VIH et reçoivent des conseils ou un traitement VIH et des soins.

JUSTIFICATION

Il s'agit d'un indicateur de processus pour une activité visant à réduire l'impact de la TB parmi les PVAVS. Il indiquera le niveau de mise en œuvre de la recommandation suivante : que les PVAVS soient testées pour la TB lors des visites de diagnostic et de suivi.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de PVAVS s'étant présentées à un dépistage du VIH, ayant reçu des conseils ou un traitement VIH et des soins et qui ont été examinées pour des symptômes de TB au cours d'une période donnée.

Dénominateur : Nombre total de PVAVS s'étant présentées à un dépistage du VIH, ayant reçu des conseils ou un traitement VIH et des soins au cours de la même période donnée.

Note : Il peut s'agir d'un rapport total ou séparé par type de centre pour chaque situation où les soins et l'assistance VIH sont fournis ou des conseils et test VIH proposés, par ex. le nombre de patients séropositifs récemment dépistés dans un centre CVT ou le nombre de patients séropositifs qui se présentent au check up annuel et subissent un test TB.

MESURE

Les données doivent être collectées régulièrement dans tous les centres de conseil et de test VIH (par ex. les centres CTV, les prestataires TPME, les salles d'hospitalisation, le secteur privé) et toute situation où des soins et un soutien VIH régulier sont proposés (par ex. cliniques ART, les cliniques de soin VIH, les groupes de soutien aux personnes atteintes du VIH/SIDA).

Méthode suggérée pour procéder au dépistage : demander aux patients séropositifs s'ils sont actuellement en traitement pour la TB. Sinon, les interroger sur les premiers symptômes de la TB (par ex. toux, fièvre, sueurs nocturnes, perte de poids récente, lymphadénopathie). Une simple liste de contrôle peut être utilisée et toute réponse positive indiquerait que l'individu peut être porteur de TB. Les protocoles de programmes de contrôle de la TB devraient définir les critères d'identification d'un patient suspecté de TB. Si lors de l'interrogatoire il est défini comme un patient suspecté de TB (selon les protocoles nationaux), le traitement de l'infection TB latente ne doit pas être administré et la présence de TB doit être confirmée (ou le patient renvoyé au service TB pour examen) et traitée en conséquence.

Plate-forme : test VIH modifié et registre de conseil ou traitement VIH et registre de soin.

Fréquence : les données doivent être collectées en permanence et faire l'objet d'une analyse et d'un rapport trimestriel.

RÉFÉRENCES

- *World Health Organization (2004). Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (WHO/HTM/TB/2004.342).*
- *Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities. WHO/HTM/HIV/2004.1 and WHO/HTM/TB/2004.330.*

INDICATEUR TB/VIH (TB/VIH 2) :

DIAGNOSTIC TB ACCRU PARMI LES PVAVS

Nombre de cas récemment dépistés de la TB parmi les PVAVS et recevant des conseils ou un traitement VIH et des soins, qui ont été examinés suite à des symptômes de TB, exprimé par rapport à toutes les PVAVS qui ont subi un dépistage VIH et reçoivent des conseils ou un traitement VIH et des soins. (qui ont été examinées pour des symptômes de TB).

JUSTIFICATION

Cet indicateur est utilisé pour montrer que la contribution des activités de collaboration VIH/TB peut avoir pour résultat une augmentation des taux de détection de TB et donc une réduction de la charge de TB chez les PVAVS et leur communauté.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Le nombre de cas de nouveaux patients TB diagnostiqués chez les PVAVS qui effectuent un dépistage VIH et bénéficient de conseils ou de traitement VIH et de services de soins et qui ont été examinés pour des symptômes de TB au cours d'une période donnée.

Dénominateur : Nombre total de PVAVS s'étant présentées à un dépistage du VIH, ayant reçu des conseils ou un traitement VIH et des soins et qui ont été dépistées pour des symptômes de TB au cours de la même période donnée (même numérateur que pour l'indicateur TB/VIH 1).

Il peut s'agir d'un rapport total ou séparé par type de centre pour chaque situation où les soins et l'assistance VIH sont fournis ou des conseils et test VIH proposés, par ex. le nombre de patients VIH positifs récemment dépistés dans un centre CVT ou le nombre de patients VIH positifs qui se présentent au check up annuel et subissent un test TB.

MESURE

Cet indicateur peut être ventilé et rapporté par type de TB, par ex. pulmonaire, à frottis positif, à frottis négatif et extra-pulmonaire (si ces données sont collectées régulièrement) et par type de centre (centre CVT, clinique de soins prénatale, clinique de soins VIH). Les données nécessaires pour cet indicateur sont plus difficiles à collecter si le diagnostic TB n'est pas effectué sur le même site que le dépistage VIH ou le traitement et les soins. Cela nécessite la création d'une communication fiable dans les deux sens entre le service de TB et les services de conseils et de dépistage et de traitement et soins VIH. Les valeurs pour cet indicateur varieront d'un site à l'autre en fonction du niveau de TB dans la communauté et de la qualité (ou de la qualité perçue par la communauté) des services réguliers concernant la TB. Les données ne sont donc pas directement comparables entre les pays, et peuvent même varier de façon importante au niveau sous-national, mais elles peuvent aider à justifier la valeur ajoutée des activités de collaboration dans la détection des cas de TB.

Plate-forme : Registre de traitement et de soin VIH modifié, conseils et registre de test, registre TB ou registre TB/VIH.

Fréquence : les données doivent être collectées en permanence et faire l'objet d'une analyse et d'un rapport trimestriel.

RÉFÉRENCES

- *World Health Organization (2004). Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (WHO/HTM/TB/2004.342).*
- *Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities. WHO/HTM/HIV/2004.1 and WHO/HTM/TB/2004.330.*

INDICATEUR TB/VIH (TB/VIH 3) :

PRÉVENTION DE LA TB CHEZ LES PVAVS

Nombre de nouveaux clients diagnostiqués séropositifs qui reçoivent un traitement pour une infection TB latente (thérapie préventive de TB) exprimé par rapport au nombre total de nouveaux cas diagnostiqués séropositifs.

JUSTIFICATION

Cet indicateur est utilisé pour assurer que les individus diagnostiqués séropositifs reçoivent un traitement d'infection TB latente et réduire ainsi l'incidence de TB chez les PVAVS.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre total de nouveaux cas de séropositifs chez lesquels la TB active a été exclue et qui commencent (en recevant au moins une dose) un traitement d'infection TB latente.

Dénominateur : Nombre total de patients séropositifs.

MESURE

Les données nécessaires pour cet indicateur peuvent être collectées dans tous les cas où des conseils et un dépistage du VIH sont prodigués, par ex. dans les centre CVT, les sites PTME, les services d'hospitalisation médicale ou les services de soins VIH, en fonction du lieu d'administration de la thérapie TB préventive (TTBP). Dans toutes ces situations, les patients séropositifs devront être testés pour la TB. Les patients pour lesquels il n'y a PAS de trace de TB active recevront un traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales. Tous ceux acceptant un TPI et recevant au moins la première dose de traitement doivent être répertoriés. Ces informations peuvent être enregistrées dans une colonne supplémentaire du registre de soins VIH. Pour prévoir avec précision les besoins de médicaments, des informations plus détaillées devront être collectées. À cet effet, un registre TTBP est nécessaire lorsque la présence des patients pour récupérer d'autres médicaments (en général mensuellement) est enregistrée. Ces centres pourront relever le nombre de nouveaux cas, de cas en cours et de cas terminés tous les trimestres. Si ces informations sont collectées régulièrement, l'indicateur choisi sera le « nombre de patients séropositifs terminant le traitement d'infection TB latente par rapport au nombre total de cas de patients séropositifs qui ont commencé un traitement ». Des sites de test pilotes font apparaître qu'entre 10 et 50 % des patients séropositifs commenceront un TTBP, certains ne répondront pas aux critères, certains refuseront et certains abandonneront pendant la procédure de dépistage. La proportion de patients qui commencera le TTBP dépend de la méthode de dépistage utilisée (par ex., l'utilisation du test dermatologique à la tuberculine comme moyen de dépistage réduit le nombre de patients éligibles), et le type d'installation CTV. Si un centre CTV reçoit principalement des patients d'hôpitaux ou de cliniques, une plus grande part de patients sera malade et ne pourra recevoir un traitement pour TB latente. Des proportions plus élevées seront affichées par des centres liés à la PTME ou des centres CTV autonomes. La plupart des programmes viseront un taux de 30 à 50 % selon le type de centres de conseil et de test VIH disponibles.

Plate-forme : registre de test VIH modifié, registre de soins VIH ou registre TTBP.

Fréquence : les données doivent être collectées en permanence et faire l'objet d'une analyse et d'un rapport trimestriels.

RÉFÉRENCES

- *World Health Organization (2004). Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (WHO/HTM/TB/2004.342).*

INDICATEUR TB/VIH (TB/VIH 4) :

PRÉVENTION DU VIH CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE

Nombre de patients atteints de tuberculose répertoriés qui sont dépistés pour le VIH après avoir donné leur consentement par rapport au nombre total de cas de tuberculose répertoriés.

JUSTIFICATION

Evaluer la compréhension du dépistage VIH chez les patients atteints de tuberculose.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre totale de patients TB répertoriés au cours d'une période donnée qui sont dépistés pour le VIH (après avoir donné leur consentement) pendant leur traitement de TB.

Dénominateur : Nombre total de patients atteints de la tuberculose répertoriés au cours de la même période.

MESURE

Idéalement, les patients atteints de tuberculose doivent se voir proposer un test VIH et il est préférable que cela se produise dans le cadre d'un prestataire de service de tuberculose, auquel cas le test de VIH peut être porté au dossier du patient et un registre de tuberculose modifié et inscrit trimestriellement avec les résultats. Cependant, dans certains cas, les conseils et le dépistage VIH seront effectués dans différentes sections du même centre ou même sur un site différent. Dans ces conditions, un système de référence devra être créé afin que le programme de tuberculose enregistre lorsqu'un patient atteint de tuberculose subit un test VIH et soit prévenu lorsqu'un patient atteint de tuberculose reçoit des conseils et si il est dépisté pour le VIH. Ces informations devront être collectées au niveau d'un centre de tuberculose et enregistrées dans le centre ou le registre de tuberculose du district. La confidentialité du patient doit être assurée. Il est préférable que les patients atteints de tuberculose soient dépistés au début du traitement TB afin qu'ils bénéficient des soins appropriés tout au long de leur traitement de la tuberculose. Cependant, certains patients sont réticents au dépistage du VIH au tout début du traitement de la tuberculose car ils souhaitent d'abord se sentir plus forts physiquement. Un système de recensement et de compte-rendu devra pouvoir prendre en compte ces dépistages tardifs ; sinon, le nombre de patients atteints de la tuberculose et connaissant leur séropositivité sera sous-évalué. Bien qu'il soit semblable au TB/VIH 1 qui mesure la prévalence de VIH grâce à la surveillance, cet indicateur mesure la capacité du service à encourager le dépistage du VIH chez les patients atteints de tuberculose. Si une proportion élevée de patients atteints de tuberculose est dépistée (> 80 %), alors l'estimation de la prévalence réelle de VIH chez les patients atteints de tuberculose qui peut être utilisée dans un but de surveillance est assez fiable.

Plate-forme : Registre TB modifié, registre TB/VIH séparé ou registre de conseil et dépistage VIH séparé avec des analyses et des rapports trimestriels. Un mécanisme de référence et un rapport des résultats entre les tests de tuberculose et de VIH et les services de conseil seront nécessaires si le dépistage du VIH est effectué sur un site autre que la clinique de tuberculose.

Fréquence : Données enregistrées en continu, rapports et analyses trimestriels au moment du résultat du traitement TB. Le rapport à la fin du traitement TB permet le dépistage du VIH et les résultats sont enregistrés à n'importe quel moment du traitement de la tuberculose.

Objectif : Un dépistage du VIH doit être proposé à tous les patients atteints de tuberculose et idéalement une proportion élevée (> 80 %) doit subir un dépistage du VIH. Tous les patients atteints de tuberculose qui sont dépistés pour le VIH devront recevoir leurs résultats via des conseils post-test.

RÉFÉRENCES

- *World Health Organization (2004). Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (WHO/HTM/TB/2004.342).*
- *Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities. WHO/HTM/HIV/2004.1 and WHO/HTM/TB/2004.330.*

INDICATEUR TB/VIH (TB/VIH 5) :

PRÉVENTION DU VIH CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE

Nombre de patients atteints de tuberculose répertoriés qui ont subi un dépistage du VIH (après avoir donné leur consentement) et qui se sont révélés séropositifs par rapport au nombre total de tous les patients atteints de tuberculose répertoriés qui ont subi un dépistage du VIH.

JUSTIFICATION

Évaluation de la prévalence de VIH chez les patients atteints de tuberculose. La mesure de la proportion de patients atteints de tuberculose séropositifs offre une information importante pour le ciblage des ressources, la planification stratégique des activités et le suivi de l'efficacité des interventions de prévention du VIH dans le temps.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre totale de patients TB répertoriés au cours d'une période donnée qui sont dépistés séropositifs (après avoir donné leur consentement) pendant leur traitement de TB.

Dénominateur : Nombre total de patients TB répertoriés au cours de la même période donnée qui sont dépistés pour le VIH (après avoir donné leur consentement).

MESURE

Dans les centres où le VIH permet de déceler une épidémie de tuberculose, tous les patients atteints de tuberculose doivent se voir proposer un dépistage du VIH. Les protocoles nationaux de conseils, de dépistage et de confirmation des résultats VIH devront être suivis. Il est préférable que le dépistage du VIH ait lieu au début du traitement de la tuberculose afin que les patients reçoivent les meilleurs soins. Certains patients peuvent ne pas être prêts à effectuer un dépistage du VIH immédiatement après avoir été diagnostiqués positifs pour la tuberculose ; le personnel devra inciter ceux qui n'ont pas encore été dépistés à faire le test. Il est donc important que le système soit capable de prendre en compte les résultats d'un dépistage du VIH se produisant à n'importe quel moment au cours du traitement de la tuberculose du patient. Les patients atteints de tuberculose qui consentent à effectuer un dépistage du VIH doivent être testés au sein du service de tuberculose ou, si le dépistage et les conseils VIH ne sont pas disponibles au sein du service, dans un service de conseils et de dépistage VIH séparé. Dans ce dernier cas, un mécanisme d'indication des résultats du VIH au service de tuberculose devra être créé. Il est crucial que les résultats du dépistage du VIH soient connus du personnel en charge des soins de tuberculose et du patient. Le statut de VIH influencera les plans de soins du patient (par ex. orientation vers un groupe de soutien des PVAVS, traitement prophylactique par co-trimoxazole (TPC), thérapie antirétrovirale (ARV), non-usage d'injections de streptomycine ou de thiacetazone), et le risque de transmission du VIH peut être réduit par des conseils appropriés au patient après test. La confidentialité des informations relatives au patient doit être préservée et le statut VIH du patient ne doit être accessible qu'au personnel de soins. Le statut VIH des patients peut être consigné dans les registres de tuberculose du centre de santé et dans ceux du district. Ces registres de tuberculose devront être confidentiels car ils contiennent des informations relatives à la santé du patient ; l'ajout du statut VIH ne devra donc modifier en rien la façon dont sont tenus les registres. Le personnel des centres de santé et le coordinateur du district pour la tuberculose devront se charger de la préservation de la confidentialité de ces informations.

Plate-forme : Registre TB modifié, registre TB/VIH séparé ou registre de conseil et de dépistage VIH séparé avec des analyses et des rapports trimestriels. Un mécanisme de référence et un rapport des résultats entre les tests de tuberculose et de VIH et les services de conseil seront nécessaires si le dépistage du VIH est effectué sur un site autre que la clinique de tuberculose.

Fréquence : Données enregistrées en continu, rapports et analyses trimestriels au moment du résultat du traitement TB. Le rapport à la fin du traitement TB permet le dépistage du VIH et les résultats sont enregistrés à n'importe quel moment du traitement de la tuberculose.

RÉFÉRENCES

- *WHO. Guidelines for HIV surveillance in tuberculosis patients (WHO/HTM/TB/2004.339, WHO/HIV/2004.06, UNAIDS/04.30E).*
- *World Health Organization (2004). Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (WHO/HTM/TB/2004.342).*

INDICATEUR TB/VIH (TB/VIH 6) :

PRÉVENTION DES INFECTIONS OPORTUNISTES CHEZ LES PVAVS ATTEINTES DE TUBERCULOSE

Nombre de patients atteints de tuberculose et séropositifs qui reçoivent (au moins une dose) de CDT au cours de leur traitement TB par rapport au nombre total de patients atteints de tuberculose et séropositifs.

JUSTIFICATION

Assurer le suivi de l'engagement et de la capacité des programmes à fournir un CDT aux patients atteints de tuberculose et séropositifs. Il est important pour les programmes de connaître la proportion de patients atteints de tuberculose séropositifs qui reçoivent cette thérapie potentiellement salvatrice.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de patients atteints de tuberculose et séropositifs répertoriés pendant une période donnée qui reçoivent (au moins une dose) de CDT au cours de leur traitement TB.

Dénominateur : Nombre total de patients atteints de la tuberculose et séropositifs répertoriés au cours de la même période.

MESURE

Tous les patients atteints de tuberculose et séropositifs devraient recevoir un CDT pendant leur traitement TB et pendant toute leur vie ensuite[1] sauf contre-indication ou s'ils reçoivent un ART et que leur taux de CD4 dépasse 500/mm3. Les patients atteints de tuberculose peuvent avoir été identifiés comme séropositifs et avoir un CDT avant que la tuberculose soit diagnostiquée ; ils doivent poursuivre le CDT pendant le traitement TB et être inclus dans le dénominateur. Pour une efficacité maximum, les patients atteints de tuberculose devraient commencer le CDT le plus tôt possible après le diagnostic de l'infection de VIH car la mortalité est plus élevée au début du traitement TB. Cependant, les patients atteints de tuberculose peuvent ne pas avoir accès au dépistage du VIH immédiatement après le diagnostic de la tuberculose ou peuvent ne pas vouloir être testés avant un stade ultérieur du traitement de la tuberculose. Afin d'inclure tous les patients atteints de tuberculose et séropositifs qui ont commencé un CDT pendant le traitement TB, il sera nécessaire d'évaluer et de faire un rapport à la fin du traitement. On pourra utiliser un registre de tuberculose modifié ou un registre TB/VIH séparé dans lequel le statut VIH et le CDT sont consignés. Ces données peuvent ensuite être jointes aux résultats trimestriels du groupe. L'utilisation dans la définition d'une déclaration explicative : au moins une dose, sert à consigner tous les patients qui ont été évalués et qui ont commencé le traitement ; cela ne suppose pas qu'une dose de CDT soit suffisante. Si le CDT n'est pas fourni par le programme de tuberculose mais par les soins VIH ou d'autres services, un mécanisme devrait être mise en place pour garantir que les informations sur le début du CDT sont bien communiquées et enregistrées dans le PNT, encore une fois dans un registre de tuberculose modifié ou dans un registre de TB/VIH séparé.

Plate-forme : Registre de tuberculose modifié, registre de TB/VIH séparé ou un système de transfert des données vers le programme de tuberculose si le CDT est fourni hors du service de tuberculose.

Fréquence : Les données devront être collectées en continu et faire l'objet d'une analyse et d'un rapport trimestriel à la fin du traitement TB avec les résultats du traitement TB.

RÉFÉRENCES

- *Provisional WHO/UNAIDS Secretariat recommendations on the use of cotrimoxazole prophylaxis in adults and children living with HIV/AIDS in Africa www.unaids.org/publications/documents/care/general/recommendations-eng.pdf*
- *World Health Organization (2004). Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (WHO/HTM/TB/2004.342).*
- *Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities. WHO/HTM/HIV/2004.1 and WHO/HTM/TB/2004.330.*

[1] *Recommandations provisoires du secrétariat OMS/ ONUSIDA sur l'utilisation de co-trimoxazole prophylaxis chez les adultes et les enfants vivant avec le VIH/SIDA en Afrique.* Genève, ONUSIDA et OMS. www.unaids.org/en/other/functionalities/ViewDocument.asp?href=http://gva-doc-owl/WEBcontent/Documents/pub/Publications/IRC-pub04/recommendation_en%26%2346;pdf (accessed 24/05/04).

INDICATEUR TB/VIH (TB/VIH 7) :

PRISE EN CHARGE ET SOUTIEN VIH POUR LES PATIENTS TUBERCULEUX ET SÉROPOSITIFS

Nombre de patients atteints de tuberculose et séropositifs répertoriés dans des services de soins et de soutien VIH (tel que cela est défini par la politique de VIH/SIDA locale ou nationale) pendant leur traitement de la tuberculose, par rapport au nombre total de patients atteints de tuberculose et séropositifs.

JUSTIFICATION

Évaluer l'engagement et la capacité des services de tuberculose à garantir que les patients atteints de tuberculose et séropositifs aient accès aux services de soins et de soutien disponibles.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de patients atteints de tuberculose et séropositifs répertoriés pendant une période donnée qui sont dirigés vers des services de soins et de soutien VIH pendant leur traitement TB*.

(*Ceci peut constituer un indicateur de l'orientation vers des services de soins et soutien VIH ou peut être ventilé et rapporté pour chaque service individuel, par ex. le nombre de patients orientés vers des centres PTME, le nombre de patients orientés vers un groupe de soutien aux PVAVS. L'orientation vers des services ART doit être exclue car elle est traitée séparément.)

Dénominateur : Nombre total de patients atteints de la tuberculose et séropositifs répertoriés au cours de la même période.

MESURE

Les moyens de mesurer cet indicateur dépendront des services disponibles pour les PVAVS et du lieu où ils sont proposés. Tous les services de soins et soutien VIH peuvent être proposés sur un même site, auquel cas une seule orientation sera nécessaire. Il sera relativement simple d'enregistrer ces orientations dans un registre de tuberculose modifié ou dans un registre de patients atteints de tuberculose et séropositifs séparé par le biais d'une case à cocher. Il est plus probable que la gamme des services de soins et de soutien soit proposée par divers prestataires sur différents sites. Il peut donc être utile de disposer d'une liste de vérification des services dans le registre de tuberculose ou d'un registre TB/VIH pour consigner l'orientation des patients vers chaque service. Le diagnostic de VIH peut être établi à n'importe quel moment pendant le traitement de la tuberculose, et la nécessité d'orientation peut également surgir à n'importe quel moment pendant le traitement de la tuberculose. Il est donc important que les informations relatives à cet indicateur soient collectées à la fin du traitement TB avec les résultats trimestriels. Les données peuvent être collectées sous forme d'un indicateur unique, par ex. le nombre de patients atteints de tuberculose séropositifs qui sont orientés vers un service de soins et de soutien VIH pendant leur traitement de la tuberculose. Si des informations plus détaillées sont nécessaires, ces données peuvent être fournies par chaque service de soins et de soutien séparément, par ex. le nombre de patients atteints de tuberculose et séropositifs orientés vers un groupe de soutien, le nombre de patients atteints de tuberculose et séropositifs orientés vers un service PTME. Une orientation vers des services ART ne doit pas être inclue car elle est détaillée par un indicateur séparé.

Plate-forme : Registre modifié de tuberculose ou registre TB/VIH séparé.

Fréquence : Les données devront être collectées en continu et faire l'objet d'un rapport et d'une analyse trimestriels associés aux résultats du groupe.

RÉFÉRENCES

- *World Health Organization (2004). Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (WHO/HTM/TB/2004.342).*
- *Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities. WHO/HTM/HIV/2004.1 and WHO/HTM/TB/2004.330.*

INDICATEUR TB/VIH (TB/VIH 8) :

FOURNITURE DE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL À DES PATIENTS TUBERCULEUX PENDANT LE TRAITEMENT TB

Nombre de patients atteints de tuberculose et séropositifs répertoriés qui ont commencé ou poursuivent une thérapie ART pendant ou à la fin de leur traitement TB par rapport au nombre total de patients atteints de tuberculose et séropositifs.

JUSTIFICATION

Indicateur de résultat servant à mesurer l'engagement et la capacité d'un service TB à garantir que les patients atteints de tuberculose et séropositifs aient accès à une thérapie ART.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Tous les patients atteints de tuberculose et séropositifs, répertoriés au cours d'une période donnée qui reçoivent une thérapie ART (commencent ou poursuivent un ART commencé auparavant).

Dénominateur : Tous les patients atteints de tuberculose et séropositifs, répertoriés au cours d'une période donnée. Tous les patients atteints de la tuberculose et séropositifs admis au cours de la même période.

MESURE

Les méthodes de collecte des données dépendront de qui fournit l'ART aux patients atteints de tuberculose. Dans le cas où les patients atteints de tuberculose sont évalués quant à leur éligibilité et mis sous ART par le personnel du programme TB, les données pour cet indicateur peuvent être consignées dans un registre de tuberculose modifié ou dans un registre de TB/VIH séparé. Ces données devraient être rapportées à la fin du traitement TB afin d'inclure tous les patients atteints de tuberculose qui ont entamé une thérapie ART pendant leur traitement TB. Dans les cas où les patients atteints de tuberculose sont orientés vers des services de soins VIH ou autres pour y être diagnostiqués et commencer une thérapie ART ou non, un système doit être créé pour garantir que le programme de tuberculose est informé du résultat de l'orientation, c'est-à-dire si les patients atteints de tuberculose ont commencé ou non une thérapie ART et que cette information soit consignée dans un registre de tuberculose modifié ou dans un registre TB/VIH. Cela est non seulement important pour le gestionnaire de programme mais également pour les soins de chaque patient. Le personnel de soins TB doit savoir si un patient atteint de tuberculose a commencé une thérapie ART afin de gérer correctement la réaction aux médicaments et les interactions. Les patients atteints de tuberculose peuvent avoir commencé une thérapie ART à n'importe quel moment de leur traitement TB. Le commencement d'une thérapie ART peut être repoussé du fait d'un retard du dépistage du VIH ou afin de réduire le risque d'interaction médicamenteuse se produisant pendant la phase intensive. Les méthodes de collecte des données devront pouvoir consigner un traitement ART qui commence à n'importe quel moment du traitement TB.

Plate-forme : Registre de tuberculose modifié, registre de soins VIH modifié ou registre TB/VIH séparé avec système d'orientation (le cas échéant).

Fréquence : Les données seront collectées en continu et un rapport trimestriel sera effectué avec les résultats du groupe.

RÉFÉRENCES

- *World Health Organization (2004). Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (WHO/HTM/TB/2004.342).*
- *Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities. WHO/HTM/HIV/2004.1 and WHO/HTM/TB/2004.330.*

INDICATEUR TB/VIH (TB/VIH 9) :

SÉROPRÉVALENCE VIH PARMI LES PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE

Nombre de nouveaux patients atteints de tuberculose répertoriés qui sont séropositifs par rapport à tous les nouveaux patients atteints de tuberculose répertoriés.

JUSTIFICATION

La surveillance de la prévalence VIH parmi les patients atteints de tuberculose donnera des informations sur l'épidémie de tuberculose et de VIH. Plus particulièrement, elle donnera une indication du degré de chevauchement des épidémies dans un environnement donné, et, quand elle sera comparée à la prévalence VIH dans la population générale, elle donnera une indication de la contribution du VIH à l'épidémie de tuberculose dans un environnement donné.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre total de nouveaux patients atteints de tuberculose et séropositifs répertoriés sur une période donnée.

Dénominateur : Nombre total de nouveaux patients atteints de tuberculose répertoriés (sur la même période donnée) qui sont dépistés pour le VIH et inclus dans le système de surveillance.

MESURE[1]

Le choix de la stratégie appropriée pour la surveillance VIH parmi les patients atteints de tuberculose dépendra principalement du système de surveillance existant et de l'état de l'épidémie de VIH dans le pays. Il existe trois grandes méthodes de surveillance du VIH parmi les patients atteints de tuberculose.

Des données de dépistage VIH régulières peuvent constituer la base d'un système de surveillance fiable à tous les niveaux de l'épidémie de VIH –faible, concentré, généralisé[2]), à condition d'atteindre une bonne couverture (plus de 80% des patients atteints de tuberculose qui donnent leur consentement et sont dépistés). Ces données régulières peuvent être encadrées par des études périodiques (spéciales) ou sentinelles. Une **surveillance sentinelle** récolte des informations d'une manière régulière et cohérente auprès d'un nombre prédéterminé de personnes sur un lieu spécifique, de groupes de population d'un intérêt particulier ou qui sont représentatifs d'une plus large population. La difficulté d'une surveillance sentinelle est de déterminer à quel point ces groupes sont représentatifs de la population dont ils proviennent et de déterminer la population totale de patients atteints de la tuberculose. Les systèmes de surveillance sentinelle sont généralement basés sur des méthodes de dépistages anonymes hétéroclites, souvent des échantillons sanguins prélevés à d'autres fins et dépourvus de toute identification. Les **études spéciales** périodiques ont un rôle spécifique lorsque la prévalence du VIH parmi les patients atteints de tuberculose n'a pas été estimée auparavant et constitue une partie essentielle de l'évaluation initiale de la situation. Les études utilisant des méthodes d'échantillonnage représentatif et des tailles d'échantillons appropriées peuvent fournir des estimations précises du taux de VIH chez les patients atteints de tuberculose. Cette information est susceptible d'alerter les programmes de lutte contre la tuberculose sur un problème potentiel lié au VIH et de leur permettre de prendre des mesures qui pourraient inclure la mise en place d'une surveillance plus systématique.

Idéalement, la surveillance de la prévalence VIH devrait inclure tous les nouveaux patients atteints de tuberculose, examinés selon les normes internationales.[3] Toutefois, si des études spéciales ou des méthodes sentinelles sont utilisées et si les ressources sont limitées, les pays peuvent choisir d'inclure uniquement les patients positifs au frottis pulmonaire, c'est-à-dire ceux chez qui la tuberculose a été diagnostiquée. Les pays disposant de peu de moyens et où le stade épidémique VIH est soit faible soit concentré, pourront également choisir de n'inclure qu'un sous-groupe des patients atteints de tuberculose, par ex. les adultes âgés de 15 à 59 ans.

---

[1] Des informations supplémentaires sur la surveillance VIH parmi les patients atteints de tuberculose figurent dans les WHO Revised guidelines for the surveillance of HIV among people with TB (en préparation).

[2] Classé selon les définitions de l'OMS, **faible niveau d'épidémie VIH** : la prévalence VIH n'a pas dépassé 5% dans toute sous-population définie comme étant à risque VIH. **Concentré** : prévalence VIH en permanence au-dessus de 5% dans au moins une sous-population définie comme étant à risque VIH mais prévalence VIH au dessous de 1% chez les femmes enceintes en zones urbaines. Généralisé : prévalence VIH en permanence au-dessus de 1% chez les femmes enceintes en zones urbaines. World Health Organization/UNAIDS. *Guidelines for second generation HIV surveillance*. Geneva: World Health Organization and the Joint United Nations Program on HIV/AIDS ; 2000. WHO document WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5 & UNAIDS/00.03E.

[3] World Health Organization. WHO Treatment of tuberculosis guidelines for National programs, 2003. WHO document WHO/CDS/TB.

Les taux de rechute doivent être exclus des systèmes de surveillance en raison du risque d'évaluer deux fois le même patient, à moins que la rechute soit identifiée comme telle et que les résultats soient analysés séparément. Toutefois, les cas de rechute pourraient être inclus sans être identifiés comme tels si la surveillance était fondée sur des enquêtes menées sur une période limitée, idéalement moins de 2-3 mois.

Tous les pays présentant un état épidémique généralisé de VIH doivent viser à garantir une offre de conseil et de test VIH et la promouvoir auprès de tous les patients atteints de tuberculose, en relation avec l'ART si possible. Ces données régulières doivent être utilisées comme une base pour la surveillance, si > 80% des patients atteints de tuberculose sont testés. Ces données régulières peuvent être encadrées par des études périodiques spéciales ou sentinelles. En l'absence d'un accès universel au test VIH et au conseil pour tous les patients atteints de tuberculose, les études spéciales ou les études sentinelles sont des solutions alternatives. Dans les pays à **état épidémique concentré**, le conseil et le test VIH pour tous les patients atteints de tuberculose devront être à la base de la surveillance. Si ce système n'est pas encore en place, des études périodiques (spéciales) ou des études sentinelles sont de bonnes alternatives. Dans les pays **à faible niveau d'épidémie VIH** où le test VIH n'est pas proposé régulièrement aux patients atteints de tuberculose, des études spéciales ou des études sentinelles peuvent être réalisées tous les 2 à 3 ans.

Aujourd'hui, les preuves sont insuffisantes pour recommander l'utilisation du test d'expectoration pour le VIH comme une alternative valable aux tests sérologiques de surveillance du VIH.

Plate-forme : Données régulières obtenues du conseil et des tests de VIH auprès de patients atteints de tuberculose récoltées en continu dans un registre de tuberculose modifié ou dans un registre TB/VIH séparé, surveillance sentinelle ou études spéciales.

Fréquence : En l'absence de système de recensement et de rapport dans lequel les données devraient être recueillies continuellement et rapportées tous les trimestres, les données devraient être collectées tous les 2-3 ans. Dans les pays ou le niveau de prévalence VIH chez les patients atteints de tuberculose est faible (< 5%) et qui présentent un état d'épidémie VIH et un taux de tuberculose faibles et stables dans la population générale, des études périodiques peuvent être répétées à intervalle de 5 ans. Dans les pays à faibles ressources où les taux de VIH et de tuberculose dans la population générale peuvent être concentrés ou généralisés, mais où l'instauration de méthode de surveillance plus systématique n'est pas possible, des études spéciales doivent être menées au moins tous les trois à cinq ans.

RÉFÉRENCES

- *WHO. Guidelines for HIV surveillance in tuberculosis patients (WHO/HTM/TB/2004.339, WHO/HIV/2004.06, UNAIDS/04.30E).*
- *World Health Organization (2004). Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (WHO/HTM/TB/2004.342).*

ANNEXE C :
Description des indicateurs de tuberculose

INDICATEUR DE TUBERCULOSE (TB 1) :

IDENTIFICATION DES CAS D'INFECTION

Nouveaux cas de détection de tuberculose à frottis positif selon DOTS

Proportion des nouveaux cas de tuberculose à frottis positif détectés parmi le nombre total de nouveaux cas estimés de tuberculose à frottis positif par an.

JUSTIFICATION

Cet indicateur mesure l'aptitude du programme DOTS à détecter et identifier les cas à frottis positif. Si un pays présente une faible détection des cas, il peut s'agir d'un problème de rapports incomplets, de couverture limitée ou d'utilisation limitée des centres qui fournissent une aide DOTS, ou encore d'un nombre insuffisant de diagnostics TB. Un taux de détection faible peut indiquer que de nouvelles approches de détection des nouveaux cas sont nécessaires. Ce pays pourrait, par exemple, tenter de mettre en place un DOTS dans le secteur privé et auprès des ONG ainsi que dans d'autres domaines où les cas pourraient se présenter. Il est également possible que le taux de détection dépasse 100% en raison d'une détection active des cas dans un secteur répertorié comme présentant des cas chroniques, de surrépresentation de diagnostics et de la sous-estimation de l'incidence. Un taux de détection de 70%, ou plus, est l'objectif national ou mondial.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre annuel de nouveaux cas de tuberculose à frottis positif détectés.

Dénominateur : Nombre annuel total de nouveaux cas de tuberculose à frottis positif (incidence).

MESURE

La mesure de cet indicateur est effectuée au niveau national, sur une base annuelle.

Le numérateur est le nombre de cas à frottis positif signalés au programme de contrôle national de la tuberculose (les rapports proviennent des registres de tuberculose de chaque unité opérationnelle). Le dénominateur repose sur le nombre de nouveaux cas de frottis positifs par rapport au niveau national, une estimation effectuée par l'OMS. (Ces estimations sont communiquées tous les ans par l'OMS dans le rapport « annuel mondial de contrôle de la tuberculose ».

Plate-forme : Rapports trimestriels, estimations de l'OMS de l'incidence pour les pays.

Fréquence : Annuelle.

Niveau : National.

RÉFÉRENCES

- *WHO. Compendium for monitoring TB control activities (WHO/HTM/TB/2004.344).*
- *WHO. Global Tuberculosis Control Report 2004 (WHO/HTN/TB/2004.331,www.who.int/gtb).*

INDICATEUR DE TUBERCULOSE (TB 2) :

DÉTECTION OPPORTUNE ET TRAITEMENT DE QUALITÉ

Population couverte par le DOTS

Pourcentage de la population vivant dans des zones administratives qui sont définies comme zones DOTS.

JUSTIFICATION

Cet indicateur est une simple mesure de la disponibilité de DOTS au sein d'un pays, ce qui est particulièrement utile lors des premières étapes de la mise en place de DOTS. Il mesure uniquement la disponibilité des services DOTS dans une zone administrative ; il ne mesure pas l'accès ou l'égalité d'accès à ces services.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Population vivant dans des zones administratives définies comme étant des zones DOTS conformément aux directives nationales.

Dénominateur : Population totale des zones administratives.

MESURE

Cet indicateur peut être calculé trimestriellement ou annuellement. Idéalement, un programme de contrôle de tuberculose national aura consigné l'année/le trimestre au cours duquel chaque unité administrative (c'est-à-dire chaque district) est officiellement devenue une unité "DOTS" conformément aux directives nationales et la mettra à disposition (depuis le ministère concerné) des populations vivant dans ces unités administratives.

Plate-forme : Rapports du PNT ; recensement.

Fréquence : Annuelle.

Objectif : L'objectif est de rendre DOTS accessible à 100 % de la population.

RÉFÉRENCES

- *WHO. Global Tuberculosis Control Report 2004. www.who.int/gtb/publications/globrep/index.html*
- *WHO. Compendium for monitoring TB control activities (WHO/HTM/TB/2004.344).*

DÉTECTION OPPORTUNE ET TRAITEMENT DE QUALITÉ

Cas de TB à frottis positif recensés via DOTS et traités avec succès

Pourcentage de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif qui ont été soignés.

JUSTIFICATION

L'évaluation des résultats positifs du traitement des nouveaux patients au frottis positif est utilisée pour déterminer la qualité et l'efficacité de la mise en œuvre de DOTS à tous les niveaux.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire recensés via DOTS sur une période donnée qui ont été soignés (total des catégories « guéris » et « traitement achevé » de l'OMS).

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

MESURE

Chaque cas de tuberculose à frottis d'expectoration positif se voit attribuer un résultat de traitement qui est consigné dans le registre de tuberculose. Les résultats de tous les cas sont consignés par période de recensement (généralement le trimestre) un an après le début du recensement initial.

Plate-forme : Registre de tuberculose; rapports trimestriels sur les résultats du traitement (TB-08).

Fréquence : Trimestrielle et annuelle.

Objectif : L'objectif global est un taux de réussite du traitement de 85% ou plus.

RÉFÉRENCES

- *WHO. Compendium for monitoring TB control activities (WHO/HTM/TB/2004.344).*

DÉTECTION OPPORTUNE ET TRAITEMENT DE QUALITÉ

Taux de conversion des expectorations à la fin de la phase initiale du traitement

Pourcentage de nouveaux cas de tuberculose à frottis positif répertoriés au cours d'une période donnée qui ont viré au négatif à la fin de la phase initiale du traitement.

JUSTIFICATION

La majorité des nouveaux patients atteints de tuberculose pulmonaire à frottis positif devraient virer au négatif après deux ou trois mois de traitement en fonction des directives nationales. Toutefois, après deux mois, les laborantins expérimentés détectent souvent de faible taux positifs et le taux de positivité peut toujours atteindre jusqu'à 25 % même si la phase initiale du traitement est bien supervisée et que les médicaments sont de bonne qualité. La conversion de l'analyse d'expectoration a des implications en matière de traitement étant donné que, dans quelques pays, les patients dont les expectorations ne se sont pas transformées au bout de 2 mois de traitement doivent prolonger la phase initiale de la thérapie. Des taux faibles de conversion après la phase initiale du traitement parmi les patients en retraitement sont une indication de résistance possible aux médicaments.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de nouveaux cas de tuberculose à frottis positif répertoriés au cours d'une période donnée qui sont négatifs à la fin de la phase initiale du traitement.

Dénominateur : Nombre total de cas de tuberculose à frottis pulmonaire positif recensés pour un traitement sur la même période.

MESURE

Le numérateur et le dénominateur peuvent être obtenus à partir du rapport trimestriel sur la conversion de l'analyse des expectorations (ou de la gestion du programme) ou du registre de tuberculose.

Plate-forme : Rapports trimestriels sur la conversion de l'analyse des expectorations ; registre de tuberculose.

Fréquence : Trimestrielle et annuelle.

RÉFÉRENCES

- *WHO. Compendium for monitoring TB control activities (WHO/HTM/TB/2004.344).*

INDICATEUR DE TUBERCULOSE (TB 5) :

DÉTECTION OPPORTUNE ET TRAITEMENT DE QUALITÉ

Retraitement de cas de tuberculose

Pourcentage de cas de tuberculose qui sont recensés comme des cas de retraitement parmi tous les cas de tuberculose recensés au cours d'une période donnée.

JUSTIFICATION

Cet indicateur représente le pourcentage de patients atteints de tuberculose qui nécessitent un traitement plus long et qui sont suspectés d'avoir développé une résistance aux médicaments. Un traitement inefficace ou une administration incorrecte des médicaments peut avoir pour résultat une large proportion de cas de retraitement qui indique des carences des médicaments utilisés et/ou la non adhérence au DOTS de la part des patients et des prestataires.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de cas de tuberculose en re - traitement recensés au cours d'une période donnée*.

Dénominateur : Nombre total de cas de tuberculose recensés au cours de la même période.

*Le retraitement inclut tous les patients précédemment traités (traitement après défaut, traitement après échec et cas de rechute) qui sont à nouveau recensés pour un traitement.

MESURE

Le numérateur peut être obtenu à partir du registre de tuberculose ou du rapport trimestriel de recensement des cas de tuberculose. Le dénominateur peut également être obtenu à partir du registre de tuberculose.

Plate-forme : Rapports trimestriels de recensement des cas de tuberculose ; registre de tuberculose.

Fréquence : Trimestrielle et annuelle.

RÉFÉRENCES

- *WHO. Compendium for monitoring TB control activities (WHO/HTM/TB/2004.344).*

INDICATEUR DE TUBERCULOSE (TB 6) :

DÉTECTION OPPORTUNE ET TRAITEMENT DE QUALITÉ

Nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif recensés dans le PNT par an

Nombre de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif recensés dans le PNT par an et pour 100 000 personnes.

JUSTIFICATION

Le numérateur donne des informations sur le nombre de cas de tuberculose infectieuse détectés. Etant donné qu'un traitement efficace des patients atteints de tuberculose infectieuse réduit la transmission de la tuberculose, une détection précoce constitue l'une des stratégies pour contrôler la tuberculose. L'indicateur mesure la capacité du programme à identifier ces sources. Il est peu probable que des informations sur l'incidence réelle ou sur la prévalence de tuberculose soient disponibles. Cependant, le nombre de cas recensés peut être comparé avec les estimations d'incidence pour identifier les faiblesses de la détection et du recensement des cas. Les tendances sur la durée lors de la notification des cas indiquent des modifications de la couverture du programme et de la capacité à détecter les cas de tuberculose ; à des degrés élevés de détection des cas, l'indicateur reflète les modifications de la prévalence de tuberculose dans la communauté.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre total de patients atteints de tuberculose à frottis positif recensés par le PNT par an.

Dénominateur : Population totale dans la zone indiquée.

MESURE

Le numérateur peut être obtenu à partir des rapports nationaux de l'année précédente. Le dénominateur peut être obtenu à partir du recensement.

Plate-forme : Rapports trimestriels de recensement des cas de tuberculose ; statistiques de recensement.

Fréquence : Annuelle.

RÉFÉRENCES

- *WHO Compendium for monitoring TB control activities (WHO/HTM/TB/2004.344).*

INDICATEUR DE TUBERCULOSE (TB 7) :

DÉTECTION OPPORTUNE ET TRAITEMENT DE QUALITÉ

Frottis positif chez les cas de tuberculose suspectés

Le nombre et le pourcentage de personnes détectées comme étant des cas de tuberculose à frottis positif parmi les personnes identifiées comme des cas cliniquement suspectés de tuberculose au cours d'une période donnée.

JUSTIFICATION

Cet indicateur mesure l'effort de détection du personnel soignant. Un effort de détection accru devrait aboutir à une augmentation de la détection des cas. L'objectif de cet indicateur est d'environ 10%. Une valeur supérieure à 10% peut indiquer que les cliniciens ne sont pas totalement informés des symptômes de la tuberculose et n'envoient que les patients présentant des stades avancés d'examen d'expectoration de tuberculose. Lorsque les rayons X sont utilisés pour filtrer et sélectionner des patients qui auraient dû subir un examen d'expectoration, on s'attend à ce que les taux de positivité soient supérieurs à 10%. Une valeur inférieure à 10% peut indiquer que les cliniciens orientent trop de « cas suspects » vers des examen d'expectoration et les services de laboratoire peuvent être surchargés par des examens négatifs inutiles qui peuvent compromettre la qualité de leur travail.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de cas suspectés de tuberculose à frottis positif au cours d'une période donnée.

Dénominateur : Nombre de cas suspectés de tuberculose cliniquement identifiés au cours de la même période.

MESURE

Le numérateur et le dénominateur peuvent être obtenus à partir du registre du laboratoire de tuberculose ou du « registre des expectorations » tenu par le centre de traitement. Ce registre présente la liste de tous les cas suspectés de tuberculose qui ont été orientés vers des examens par rayons X ou d'analyse d'expectoration. Dans ce cas, chaque centre, et le district dans son ensemble, peut calculer l'indicateur.

Par ailleurs, le centre de soins peut surveiller le nombre de cas suspects identifiés en fonction de la population de patients (par ex. par des visites à des patients extérieurs), et le district dans son ensemble peut surveiller le nombre de cas suspects identifiés en fonction de la population.

Plate-forme : Registre de laboratoire de la tuberculose ou « registre des expectorations ».

Fréquence : Trimestrielle et annuelle.

RÉFÉRENCES

- *WHO. Compendium for monitoring TB control activities (WHO/HTM/TB/2004.344).*

ANNEXE D :
Description des indicateurs de paludisme

MOUSTIQUAIRES TRAITÉES À L'INSECTICIDE (MI)

MI distribuées à la population

Nombre de moustiquaires distribuées à la population à risque.

JUSTIFICATION

Dans les zones où la transmission de paludisme est élevée et où l'accès aux centres de soins est faible, surtout dans les zones rurales africaines, les MI représentent la principale stratégie de prévention du paludisme. Il a été démontré que les MI réduisaient la morbidité et la mortalité liées au paludisme dans les zones d'épidémie élevée et modérée de l'Afrique subsaharienne et réduisaient également la morbidité liée au paludisme dans diverses régions asiatiques d'épidémie modérée. Dans les pays d'Amérique latine, il a été démontré que les MI réduisaient la morbidité due au paludisme à un même degré que dans les milieux africains. Toutefois, aussi bien dans les pays d'Amérique latine que dans les pays asiatiques, l'efficacité des MI montre une variabilité bien plus importante que dans les pays africains en raison des vecteurs différents, en l'occurrence, les moustiques.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Nombre de moustiquaires distribuées à la population vivant dans des zones de paludisme endémique, les moustiquaires se limitant à celles qui ont été traitées à l'insecticide au cours des 12 derniers mois (moustiquaires prétraitées ou moustiquaires distribuées avec un kit de traitement) ou des moustiquaires longue durée (MLD).

Note : On peut envisager d'ajouter les nombres de kits de traitement distribués aux personnes vivant dans des zones de paludisme endémique au nombre de moustiquaires, dans le cadre des programmes financés par le Fonds mondial, dans lesquels les kits de traitement sont distribués pour un traitement (immédiat) des moustiquaires existantes dans la communauté par rapport aux MI distribuées par la même subvention. Cependant, cela ne devra jamais être fait pour les kits de traitement utilisés pour une première imprégnation des MI.

MESURE

Cet indicateur est dérivé des données consignées par le programme de contrôle du paludisme. Les moustiquaires reçues par des personnes à risque ne doivent pas être assimilées aux moustiquaires distribuées sur le lieu de prestation de services (par ex. les cliniques PEV ou les cliniques prénatales), car des retards importants peuvent se produire lors de la dernière étape de la distribution (c.à.d. du lieu de prestation de services aux personnes ciblées). (En d'autres termes, « reçu par » des personnes à risque signifie « distribué aux personnes ciblées, depuis le lieu de prestation de services ».)

Bien que cet indicateur soit conçu pour être celui qui, parmi les indicateurs de prestation de services, est le plus proche de la prévision d'acquisition et d'utilisation de moustiquaires par les ménages, il ne doit pas être assimilé à l'un des indicateurs précédents, qui doivent être mesurés via des enquêtes auprès des ménages (voir PALUDISME-IP 2).

Plate-forme : Recensements des programmes de contrôle nationaux du paludisme et d'autres sources pertinentes.

Fréquence : Trimestrielle.

INDICATEUR DE PRÉVENTION (PALUDISME-IP 2) :

MOUSTIQUAIRES TRAITÉES À L'INSECTICIDE (MI)

Ménages possédant des MI

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

JUSTIFICATION

Dans les zones où la transmission de paludisme est élevée et où l'accès aux centres de soins est faible, surtout dans les zones rurales africaines, les MI représentent la principale stratégie de prévention du paludisme. Il a été démontré que les MI réduisaient la morbidité et la mortalité liées au paludisme dans les zones d'épidémies élevées et modérées de l'Afrique sub-saharienne, et également dans certains pays d'Amérique latine et d'Asie. Bien que le fait de posséder une moustiquaire sans l'utiliser ne protège pas du paludisme, il a été démontré que l'acquisition d'une moustiquaire pouvait aider à prédire les taux d'utilisation réelle de moustiquaires. De plus, il existe quelques preuves d'un 'effet communautaire' par lequel les MI sont rapidement associées aux réductions de la mortalité infantile et de la morbidité dues au paludisme chez les enfants qui ne dorment pas sous une MI mais vivent dans le voisinage immédiat des familles qui possèdent des MI.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de ménages interrogés dans les zones de paludisme endémique possédant au moins une moustiquaire qui a été traitée au cours des 12 derniers mois ou qui est une moustiquaire imprégnée longue durée.

Dénominateur : Nombre total de ménages interrogés dans les zones de paludisme endémique.

Note : L'analyse et le compte-rendu par provinces et par zones urbaines/rurales sont recommandés.

MESURE

Cet indicateur nécessite la collecte des données au niveau des ménages par des enquêtes représentatives. Dans les pays où la majorité de la population est exposée à un risque de paludisme endémique, comme l'Afrique tropicale, les enquêtes seront idéalement effectuées au niveau national, comme une EDS ou une MICS.

Dans les pays où seule une partie de la population est exposée à un risque endémique, les MI ne sont utiles qu'aux ménages dans les zones à risque et les enquêtes doivent prendre un échantillon représentatif de la zone de risque endémique avec un rapport d'enquête décrivant clairement la conception de l'échantillon et la définition de la population à risque utilisée. On peut aussi envisager d'identifier les zones exemptes de paludisme endémique afin qu'elles soient exclues de l'analyse des données collectées par des enquêtes nationales auprès des ménages.

Le nombre limité de questions posées pour mesurer cet indicateur peut aisément être ajouté à toute enquête auprès d'un échantillon représentatif des ménages. Il est important que l'acquisition de MI soit évaluée par un questionnaire auprès des ménages plutôt que par un questionnaire concernant des individus car ces derniers peuvent ne pas être représentatifs. La conception de l'enquête et la taille de l'échantillon doivent être choisies afin de permettre les comparaisons entre les provinces et par couches de population urbaine/rurale.

Le numérateur de cet indicateur est obtenu en demandant au ménage s'il y a une moustiquaire dans la maison qui peut être utilisée pour éviter de se faire piquer pendant le sommeil, et si cette moustiquaire a été traitée au cours des 12 derniers mois ou s'il s'agit d'une moustiquaire imprégnée à longue durée (MLD). Le dénominateur correspond simplement au nombre total de ménages interrogés.

Questions suggérées : Questions 1.1, 1.3 et 1.4 du « complément sur le paludisme des questions aux ménages » dans les Directives 2004 des indicateurs de base pour évaluer la couverture de l'intervention paludisme dans les enquêtes auprès des ménages.

Plate-forme : DHS (USAID/MACRO), MICS (UNICEF), MIS, 'annexe' à d'autres enquêtes sur échantillons représentatifs.

Fréquence : Tous les 2 à 3 ans.

RÉFÉRENCES

- *Roll Back Malaria/MEASURE. Guidelines for core indicators for assessing malaria intervention coverage from household surveys. Genèva 2004. Disponible en ligne: rbm.who.int/partnership/wg/wg_monitoring/docs/GuidelinesForCorePopulationFINAL9-20_Malaria.pdf*
- *Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS): rbm.who.int/merg, section Survey and Indicator Guidance Task Force'*
- *Enquêtes à grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF : www.unicef.org/statistics/index_24302.html*
- *MEASURE Demographic and Health Surveys: www.measuredhs.com/*

MOUSTIQUAIRES TRAITÉES À L'INSECTICIDE (MI)

Enfants de moins de 5 ans utilisant des MI

Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi sous une MI la nuit dernière.

JUSTIFICATION

Dans les zones de transmission très élevée de paludisme, la morbidité et de mortalité liées au paludisme sont concentrées chez les jeunes enfants et il a été démontré que l'utilisation des MI par les enfants de moins de cinq ans réduisait considérablement l'incidence de paludisme, l'anémie liée au paludisme et toutes les causes de mortalité en dessous de cinq ans.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur: Nombre d'enfants en dessous de cinq ans interrogés dans des zones de paludisme endémique qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire qui a été traitée au cours des 12 derniers mois ou qui est une moustiquaire imprégnée longue durée (MLD).

Dénominateur: Nombre total d'enfants en dessous de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente dans des ménages vivant dans des zones de paludisme endémique.

Note: L'analyse et le compte-rendu par provinces et selon les zones urbaines/rurales sont recommandés.

MESURE

Cet indicateur exige la collecte des données auprès d'un échantillon de ménages représentatif. Dans les pays où la majorité de la population est exposée à un risque de paludisme endémique, comme l'Afrique tropicale, les enquêtes seront idéalement effectuées au niveau national, comme une EDS ou une MICS.

Dans les pays où seule une partie de la population est exposée à un risque endémique, les MI ne sont utiles qu'aux ménages dans les zones à risque et les enquêtes doivent prendre un échantillon représentatif de la zone de risque endémique avec un rapport d'enquête décrivant clairement la conception de l'échantillon et la définition de la population à risque utilisée. Une autre option consiste à identifier les zones exemptes de paludisme endémique afin qu'elles soient exclues de l'analyse des données collectées par des enquêtes nationales auprès des ménages.

Le nombre limité de questions posées pour mesurer cet indicateur peut aisément être ajouté à toute enquête auprès d'un échantillon représentatif. Il est crucial que l'enquête utilise une liste des ménages comprenant tous les enfants de moins de cinq ans vivant au sein de chaque ménage interrogé. La conception de l'enquête et la taille de l'échantillon doivent permettre les comparaisons entre les provinces et par couches de population urbaine/rurale au niveau individuel (de l'enfant).

Les données du dénominateur sont obtenues au cours de l'enquête de ménage lorsque tous les enfants de moins de cinq ans qui ont dormi dans la maison la nuit précédente sont identifiés. Le numérateur est obtenu à partir de la liste des enfants de la maison qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédente, en combinaison avec l'information sur le traitement de la moustiquaire au cours des 12 derniers mois ou d'une moustiquaire imprégnée longue durée (MLD).

Questions suggérées: Questions 1.1 et 1.3-1.6 du «complément sur le paludisme des questions aux ménages» dans les Directives 2004 des indicateurs de base pour évaluer la couverture de l'intervention paludisme dans les enquêtes auprès des ménages.

Plate-forme: DHS (USAID/MACRO), MICS (UNICEF), MIS, 'annexe' à d'autres enquêtes sur échantillons représentatifs.

Fréquence: Tous les 2 à 3 ans.

RÉFÉRENCES

- *Roll Back Malaria/MEASURE. Guidelines for core indicators for assessing malaria intervention coverage from household surveys. Genèva 2004. Disponible en ligne: rbm.who.int/partnership/wg/wg_monitoring/docs/GuidelinesForCorePopulationFINAL9*
- *Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS): rbm.who.int/merg, section Survey and Indicator Guidance Task Force'*
- *Enquêtes à grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF : www.unicef.org/statistics/index_24302.html*
- *MEASURE Demographic and Health Surveys: www.measuredhs.com/*

INDICATEUR DE PRÉVENTION (PALUDISME-IP 4) :

PRÉVENTION DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE

Femmes enceintes utilisant des MI

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

JUSTIFICATION

Dans les zones de transmission de paludisme endémique stable (comme l'Afrique tropicale) où la plupart des infections de paludisme chez les adultes sont asymptomatiques, l'utilisation de MI par les femmes enceintes réduit la mortalité maternelle liée au paludisme et améliore la natalité, y compris par une réduction de l'incidence d'un poids faible à la naissance. La couverture des MI parmi les femmes enceintes est donc une composante clé de la stratégie technique du contrôle et de la prévention du paludisme défendue par Roll Back Malaria (RBM) de l'OMS dans les zones de transmission de paludisme endémique stable.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de femmes enceintes exposées au risque de paludisme dans les zones de transmission de paludisme endémique stable qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire qui a été traitée au cours des 12 derniers mois ou qui est une moustiquaire imprégnée longue durée (MLD).

Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes qui résident dans les ménages interrogés dans les zones de paludisme endémique.

Note : L'analyse et le compte-rendu par province et selon l'environnement urbain/rural sont recommandés.

MESURE

Cet indicateur n'est pertinent que dans les zones de transmission de paludisme endémique stable. La meilleure façon de le mesurer est d'effectuer des enquêtes auprès d'un échantillon de ménages représentatif. Dans la plupart des pays qui distribuent des MI aux femmes enceintes dans le cadre d'une politique officielle de contrôle du paludisme (comme l'Afrique tropicale), la transmission du paludisme est très élevée et affecte la plupart de la population ; les enquêtes mesurant l'utilisation des MI par les femmes enceintes devront, idéalement, être effectuées au niveau national.

Dans les pays où seule une partie de la population est exposée à un risque endémique, les zones de paludisme endémique doivent être identifiées afin d'être exclues de l'analyse des données collectées par des enquêtes nationales représentatives auprès de ménages.

Le nombre limité de questions posées pour mesurer cet indicateur peut aisément être ajouté à toute enquête auprès d'un échantillon représentatif. Cependant, du fait du petit nombre de femmes enceintes au moment d'une enquête donnée, seules les enquêtes ayant un échantillon de plus de 5000 femmes (comme les MICS et les EDS) peuvent générer des données utiles pour cet indicateur. De plus, il est important que l'enquête utilise une liste des ménages qui recense toutes les femmes en âge de procréer dans chaque ménage interrogé. La conception de l'enquête et la taille de l'échantillon doivent idéalement permettre les comparaisons entre les provinces et les couches de population urbaine/rurale au niveau individuel.

Les données pour le dénominateur sont obtenues à partir d'une série de questions posées à toutes les femmes en âge de se reproduire au sein du ménage quant à leur état de grossesse. Les données du numérateur sont donc obtenues à partir de la liste des femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédente, en combinaison avec l'information sur le traitement de la moustiquaire au cours des 12 derniers mois ou d'une moustiquaire imprégnée longue durée (MLD).

Questions suggérées : 1.1, 1.3-1.6 et 2.1 du « complément sur le paludisme des questions aux ménages » dans les Directives 2004 des indicateurs de base pour évaluer la couverture de l'intervention paludisme dans les enquêtes auprès des ménages.

Plate-forme : Plate-forme : DHS (USAID/MACRO), MICS (UNICEF), MIS, 'annexe' à d'autres enquêtes assez larges et représentatives.

Fréquence : Tous les 2 à 3 ans.

RÉFÉRENCES

- *Roll Back Malaria/MEASURE. Guidelines for core indicators for assessing malaria intervention coverage from household surveys. July 2004. rbm.who.int/partnership/wg/wg_monitoring/docs/GuidelinesForCorePopulationFINAL9*
- *Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS): rbm.who.int/merg, section Survey and Indicator Guidance Task Force'*
- *Enquêtes à grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF : www.unicef.org/statistics/index_24302.html*
- *MEASURE Demographic and Health Surveys: www.measuredhs.com/*

INDICATEUR DE PRÉVENTION (PALUDISME-IP 5) :

PRÉVENTION DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE

Femmes enceintes recevant un traitement préventif intermittent (TPI)

Proportion de femmes enceintes dans les régions endémiques stables suivant un traitement préventif intermittent (TPI).

JUSTIFICATION

Dans les zones de transmission de paludisme endémique stable comme l'Afrique tropicale, le TPI des femmes enceintes sous médicaments antipaludiques recommandés* réduit le risque d'anémie maternelle, de parasitémia placentaire et de faible poids à la naissance. Le TPI pendant la grossesse est donc une composante clé de la stratégie technique du contrôle et de la prévention du paludisme défendue par Roll Back Malaria (RBM) de l'OMS dans les zones de transmission de paludisme endémique stable.

La méthode de définition et de mesure de cet indicateur (telle que décrite ci-après) varie selon l'utilisation d'une enquête communautaire auprès des ménages ou d'un système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS).

1. Information TPI obtenues à partir d'enquêtes auprès des ménages

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de femmes interrogées en zones endémiques stables qui ont pris au moins deux doses d'un médicament antipaludique pour prévenir le paludisme pendant leur dernière grossesse menée à terme au cours des 2 dernières années.

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

Note : L'analyse et le compte-rendu par provinces et selon les zones urbaines/rurales sont recommandés.

MESURE

Les enquêtes mesurant cet indicateur doivent être représentatives des enquêtes d'échantillons de ménages. Le nombre limité de questions posées pour mesurer cet indicateur peut aisément être ajouté à toute enquête auprès d'un échantillon représentatif au niveau national. Il est important que l'enquête utilise une liste des ménages qui recense toutes les femmes en âge de procréer dans chaque ménage interrogé, ainsi qu'un questionnaire adressé aux femmes comportant des données sur les naissances antérieures et les soins prénataux. En raison du nombre limité de femmes qui ont accouché d'un bébé vivant au cours des 2 années précédentes, il faut veiller à ce que de telles enquêtes utilisent un échantillon de taille suffisante pour permettre la comparaison entre les provinces et les environnements urbains/ruraux au niveau individuel.

Les données issues des questionnaires destinés aux femmes sur toutes les femmes interrogées qui ont donné naissance à un bébé vivant au cours des deux années précédant l'enquête sont utilisées pour calculer le dénominateur. Le numérateur est le nombre de femmes qui indiquent avoir pris le médicament conseillé* pour la prévention du paludisme (par opposition au traitement d'épisodes aigus de paludisme).

Questions suggérées : 2.2-2.7du « complément sur le paludisme des questions aux ménages » dans les Directives 2004 des indicateurs de base pour évaluer la couverture de l'intervention paludisme dans les enquêtes auprès des ménages.

Plate-forme : DHS (USAID/MACRO), MICS (UNICEF), MIS, 'annexe' à d'autres enquêtes nationales représentatives.

Fréquence : Tous les 2 à 3 ans.

2. Informations TPI obtenues à partir d'un SIGS

DÉFINITION DE L'INDICATEUR : SIGS

Numérateur : Nombre de femmes enceintes en zones endémiques stables qui ont reçu au moins deux doses de traitement préventif intermittent (TPI) avec un médicament antipaludique conseillé au cours d'une visite d'examen direct dans un centre de soins prénataux.

Dénominateur : Nombre total de premières visites dans un centre de soins prénataux.

L'indicateur devra être collecté lors des visites régulières au centre de soins prénataux en utilisant le registre de centre de soins prénataux. Afin d'éviter un double travail, le registre des centres de soins prénataux existant devra être modifié afin d'inclure une colonne pour consigner les doses de TPI administrées. Les cartes des centres de soins prénataux devront aussi être adaptées afin d'inclure les doses de TPI prises.

Le TPI devra être administré sous examen direct du professionnel de la santé, afin d'optimiser le bon respect, la colonne devra être marquée si la dose n'est pas contrôlée directement. Si aucun TPI n'est administré, les raisons doivent être indiquées dans la colonne de commentaires (par ex., stock épuisé, allergie, refus, traitement pour maladie, etc.).

Fréquence : Continue avec des rapports mensuels.

3. Commentaires généraux sur les deux méthodes de mesure

Il est important de faire la distinction entre une utilisation de médicaments antipaludique pour prévenir le paludisme, tel que cela est prescrit pour le TPI, et une utilisation de médicaments antipaludiques pour le traitement (les soins) d'épisodes de paludisme aigus qui peuvent avoir lieu au cours d'une grossesse et qui n'est pas comptée comme un TPI. De la même façon, l'utilisation hebdomadaire d'une prophylaxie à la chloroquine pour prévenir le paludisme ne doit pas être assimilée à un TPI car elle n'est plus efficace dans la plupart des cas de paludisme à fort taux de *falciparum*.

L'avantage d'une mesure basée sur des enquêtes est qu'elle couvre toute la population des femmes enceintes, y compris les 10% qui ne fréquentent typiquement pas les centres de soins prénataux. L'avantage d'une mesure par le SIS est qu'elle mesure la couverture TPI en temps réel et que l'analyse peut viser les centres où le TPI est actuellement mis en place. L'inconvénient des enquêtes est que leurs résultats renvoient aux grossesses qui remontent jusqu'à deux ans avant le moment de l'enquête et donc qu'elles fournissent des données dépassées.

* En 2005, le médicament le plus efficace pour un TPI est la sulphadoxine-pyrimethamine (SP) et tous les pays ayant inclus le TPI dans leur politique nationale de contrôle du paludisme, l'ont confirmé.

RÉFÉRENCES

- *Roll Back Malaria/MEASURE. Guidelines for core indicators for assessing malaria intervention coverage from household surveys. July 2004. rbm.who.int/partnership/wg/wg_monitoring/docs/GuidelinesForCorePopulationFINAL9*
- *Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS): rbm.who.int/merg, section Survey and Indicator Guidance Task Force'*
- *Enquêtes à grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF : www.unicef.org/statistics/index_24302.html*
- *MEASURE Demographic and Health Surveys: www.measuredhs.com/*

INDICATEUR DE PRÉVENTION (PALUDISME-IP 6) :

CONTRÔLER LE VECTEUR

Habitations situées dans les zones à risque qui ont reçu des pulvérisations résiduelles à l'intérieur

Proportion d'habitations dans les zones à risque de transmission de paludisme qui ont subi une pulvérisation d'insecticide au cours des 12 derniers mois.

JUSTIFICATION

Dans les zones de transmission de paludisme très élevée, les PRH et les MTI sont des moyens alternatifs de contrôle du vecteur du paludisme. Dans les zones exposées à un paludisme instable ou épidémique, l'utilisation du PRH présente des avantages importants. Cela est particulièrement utile pour parvenir à une réduction rapide de la transmission du paludisme et peut viser les communautés les plus exposées au risque.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre d'habitations dans les zones à risque de transmission de paludisme qui ont subi une pulvérisation d'insecticide au cours des 12 mois précédents.

Dénominateur : Nombre d'habitations visées dans les zones à risque de transmission de paludisme.

MESURE

Un élément critique de la mesure de cet indicateur est la définition des zones à risque de transmission du paludisme. Bien que l'OMS ne prescrive actuellement pas de définition du risque standard, il est crucial que tout compte-rendu sur la couverture du contrôle de vecteur précise la définition locale utilisée.

Il est possible qu'un programme de contrôle vise seulement une partie de la zone à risque de paludisme pour un PRH avec le reste de la zone à risque visée plutôt par une MI. Dans le but de comparer les données entre les pays et dans le temps, tout rapport de couverture de PRH doit donc indiquer clairement si la couverture est mesurée par rapport à la population totale exposée au risque ou par rapport à la partie de la population exposée au risque visée.

La fréquence seuil de réalisation d'une pulvérisation est définie à une fois par an, ce qui est la fréquence minimale considérée comme efficace pour réduire significativement la transmission du paludisme.

Méthodes de mesure alternatives :

En l'absence de données sur les habitations pulvérisées, la couverture PRH pourrait être évaluée à partir des quantités d'insecticide utilisées pour le PRH en supposant un taux d'application particulier pour chaque insecticide et une zone moyenne pouvant être pulvérisée par habitation, par ex. 250m2. Dans les zones où les programmes de pulvérisation sont très décentralisés ou là où les efforts de surveillance au niveau national sont moins développés, l'inclusion de questions sur la couverture PRH dans les enquêtes auprès des ménages (par ex. enquête sur les indicateurs du paludisme) pourra être utile.

Plate-forme : Les habitations pulvérisées enregistrées dans les programmes nationaux de contrôle du paludisme ; nombre total d'habitations dans les zones à risque de paludisme d'après les recensements nationaux.

Fréquence : Tous les ans.

RÉFÉRENCES

- *Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS): http://rbm.who.int/merg, section Survey and Indicator Guidance Task Force*

INDICATEUR DE PRÉVENTION (PALUDISME-IP 7) :

CONTRÔLER LE VECTEUR

Habitations situées dans les zones à risque qui ont reçu des pulvérisations résiduelles à l'intérieur

Nombre d'habitations dans les zones à risque de transmission de paludisme qui ont subi une pulvérisation d'insecticide.

JUSTIFICATION

Dans les zones de transmission de paludisme très élevée, les PRH et MI sont des moyens alternatifs pour le contrôle du vecteur du paludisme. Dans les zones exposées à un paludisme instable ou épidémique, l'utilisation du PRH présente des avantages importants. Cela est particulièrement utile pour parvenir à une réduction rapide de la transmission du paludisme et peut viser les communautés les plus exposées au risque.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Nombre d'habitations dans les zones à risque de transmission de paludisme qui ont subi une pulvérisation d'insecticide pour le contrôle du vecteur de paludisme.

MESURE

Cet indicateur est dérivé des données consignées par le programme de contrôle du paludisme.

Méthodes de mesure alternatives :

En l'absence d'archives sur les habitations pulvérisées, la prestation de services de PRH pourrait être évaluée à partir des quantités d'insecticide utilisées pour le PRH en supposant un taux d'application particulier pour chaque insecticide et une zone moyenne pouvant être pulvérisée par habitation, par ex. 250m2.

Lien entre l'indicateur de couverture (IP 6) et l'indicateur de résultat (IP 7) :

Bien que cet indicateur puisse sembler correspondre exactement au numérateur de l'indicateur de la couverture du paludisme IP-6 *« Proportion des habitations dans les zones à risque de transmission de paludisme qui ont été pulvérisées avec de l'insecticide au cours de l'an passé »*, cela est effectivement le cas uniquement si le nombre d'habitations pulvérisées est cumulé sur exactement 12 mois sans double comptage des habitations pulvérisées plus d'une fois sur ces 12 mois. (Ce seuil de 12 mois pour l'indicateur de couverture a été choisi car la pulvérisation annuelle est considérée comme la fréquence minimale efficace pour réduire significativement la transmission du paludisme). Pour Paludisme IP-7, cependant, des rapports plus fréquents, par ex. tous les 3 à 6 mois, peuvent être possibles et souhaitables. Lors de la conversion des résultats de prestation de services en résultats de couverture, il faudra veiller à ne pas compter deux fois les mêmes habitations qui sont couvertes en continu par des pulvérisations répétées.

Plate-forme : Recensements des programmes nationaux de contrôle du paludisme.

Fréquence : Tous les 3 à 6 mois.

RÉFÉRENCES

- *Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS): http://rbm.who.int/merg, section Survey and Indicator Guidance Task Force*

INDICATEUR DE PRÉVENTION (PALUDISME-IP 8) :

CONTRÔLER LE VECTEUR

Zones d'activités de Gestion des Vecteurs Intégrée (GVI)

Nombre de zones géographiques spécifiques (districts, régions, etc.) où des activités de gestion des vecteurs intégrée (GVI) sont en place.

JUSTIFICATION

Le contrôle du vecteur a prouvé son efficacité dans le contrôle des maladies induites par des vecteurs. La GVI se base sur l'hypothèse qu'un contrôle efficace n'est pas le seul garant du secteur de la santé et que la collaboration de diverses agences publiques et privées, ainsi que celle de la communauté sont nécessaires. La GVI utilise une variété d'interventions d'efficacité prouvée, séparées ou combinées, de manière à assurer un contrôle efficace et avantageux et de limiter les contraintes d'une intervention unique. Cette stratégie sert aussi à prolonger la durée de vie utile des insecticides et des médicaments en réduisant la pression liée au choix du développement de résistance.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de zones géographiques exposées au risque de paludisme (district, régions, provinces) qui ont mis en place des activités de GVI au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur : Nombre total de zones géographiques visées et exposées au risque de transmission de paludisme.

MESURE

Pour la spécification de « à risque de paludisme » et de « zones visées », voir l'indicateur des « habitations dans des zones à risque couvertes par une pulvérisation résiduelle des habitations (Paludisme IP 6). »

Les cartes et les données sur les zones de paludisme endémique, visées et non visées par le contrôle, sont normalement disponibles dans les bureaux de contrôle des vecteurs. De même, des informations sur les principales activités de GVI doivent être collectées auprès du personnel de contrôle des vecteurs par le biais d'entretiens avec des informateurs clés. Ces informations peuvent être validées par une révision mensuelle des comptes-rendus d'activités dans différentes zones géographiques.

Les activités de GVI comprennent les MIT, les MI et l'utilisation de larvicide (par exemple dans les zones urbaines). Poissons larvivores, réduction des sources et autres. Des activités déconseillées, comme la pulvérisation spaciale, ne doivent pas être inclues.

Fréquence : Annuelle.

RÉFÉRENCES

- *Global Strategic Framework for Integrated Vector Management. World Health Organization. Geneva, 2004*

INDICATEUR DE TRAITEMENT (PALUDISME-IT 1) :

TRAITEMENT RAPIDE ET EFFICACE DU PALUDISME

Personnes atteintes de paludisme sans complications ou grave recevant un traitement antipaludique

Nombre de personnes atteintes de paludisme sans complications ou grave recevant un traitement antipaludique conformément aux directives nationales.

JUSTIFICATION

Un traitement (rapide) avec un régime médicamenteux antipaludique efficace est une composante clé de la stratégie technique de contrôle et de prévention du paludisme conseillée par le RBM. Le choix des régimes médicamenteux sont efficaces diffère d'un pays à un autre et varie dans le temps en fonction des schémas locaux de résistance aux médicaments. Il est donc important de définir des régimes antipaludiques efficaces dans le contexte local, ce que font la plupart des pays dans leurs directives nationales de traitement.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Nombre de personnes chez lesquelles a été diagnostiqué un paludisme sans complication ou grave et qui reçoivent un traitement antipaludique conformément à la politique nationale de traitement du paludisme.

MESURE

Le terme 'Personnes chez qui le paludisme a été diagnostiqué' fait référence au nombre total d'épisodes de paludisme ; si une personne a fait l'objet d'un diagnostic de paludisme deux fois au cours de la période d'évaluation du programme, cela sera considéré comme deux épisodes qui ont été potentiellement correctement traités.

Un diagnostic de paludisme sans complications ou grave peut être soit confirmé par un laboratoire dans les pays qui effectuent des tests de routine, soit supposé sur la base de symptômes cliniques (comme dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne très endémiques où tous les cas de fièvre aiguë sans absence avérée de paludisme sont considérés comme du paludisme).

Un traitement antipaludique conforme aux directives de traitement nationales peut être une polythérapie à base d'artémisinine ou une autre thérapie, non basée sur l'artémisinine et qui est recommandée dans le pays. Cependant, pour les besoins d'analyse et de plaidoyer au Fonds mondial, ,il est préférable de rendre compte à la fois du nombre de traitements à base d'artémisinine et du nombre de traitements non basés sur l'artémisinine.

Plate-forme : Système d'informations sanitaires de routine ou autres sources pertinentes.

Fréquence : Tous les 3 à 6 mois.

INDICATEUR DE TRAITEMENT (PALUDISME-IT 2) :

TRAITEMENT ANTIPALUDIQUE RAPIDE ET EFFICACE

Enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) présentant de la fièvre qui sont rapidement traités par un antipaludique efficace

Proportion d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) ayant eu de la fièvre et qui ont reçu un traitement paludique conforme à la politique nationale dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition de la fièvre.

JUSTIFICATION

La majorité des décès de paludisme grave sont provoqués par un manque ou un retard de l'administration d'un traitement antipaludique efficace. En Afrique où la majorité des cas et décès de paludisme se produisent chez les jeunes enfants qui n'ont pas encore acquis une immunité clinique et chez qui le diagnostic différentiel de paludisme en tant que cause de fièvre aiguë est problématique, il est recommandé que toutes les fièvres aiguës enfantines dans les zones à forte endémie de paludisme soient traitées de façon présomptive par un antipaludique. Dans les zones de transmission de paludisme par falciparum instable ou très saisonnière, et dans la plupart des pays hors de l'Afrique sub-saharienne, le manque d'exposition fréquente et précoce à l'infection de paludisme retarde l'acquisition de l'immunité clinique et les groupes les plus âgés ont un risque relativement élevé de paludisme lorsqu'ils sont exposés. Un accès rapide à un traitement antipaludique efficace chez les enfants ayant de la fièvre dans des zones très endémiques et chez les autres groupes cibles des zones moins endémiques est donc une composante clé de la stratégie technique pour le contrôle et la prévention du paludisme défendue par Roll Back Malaria (RBM).

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) ayant eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont été traités localement avec un médicament antipaludique efficace conformément à la politique nationale de traitement du paludisme au cours des 24h suivant la poussée de fièvre.

Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) ayant eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines.

Note : L'analyse et le compte-rendu par province et par zones urbaines/rurales sont recommandés.

MESURE

Dans les pays où la majorité de la population est exposée à un risque de paludisme endémique (comme l'Afrique tropicale), des enquêtes de type EDS ou MICS devront être effectuées pour mesurer cet indicateur. Dans les pays où seule une partie de la population est exposée au risque de transmission du paludisme, les enquêtes doivent utiliser un échantillon représentatif de toute la zone à risque. Le compte-rendu de l'enquête devra clairement décrire l'échantillon et la définition de population à risque utilisés. Une autre méthode consiste à identifier les zones exemptes de paludisme endémique afin qu'elles soient exclues de l'analyse des données collectées par des enquêtes nationales auprès des ménages.

Le dénominateur est mesuré au cours de l'entrevue avec le ménage au moment où chaque enfant de <5 ans qui a dormi à la maison la nuit précédente est identifié. Le numérateur est déterminé en demandant d'abord si chaque enfant a eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, puis, pour chaque enfant ayant eu de la fièvre, si il/elle a reçu un traitement antipaludique (et où) et enfin, quel a été le médicament administré et combien de temps après la poussée de fièvre le traitement a débuté. La définition d'antipaludique « efficace » dépend de la gamme de médicaments locaux reconnus comme étant efficaces et comprend l'ensemble des médicaments qui sont inclus dans la politique nationale de médicaments antipaludiques. (Dans certains pays, cela peut comprendre les polythérapies à base d'artémisinine ; dans d'autres, les monothérapies classiques, telles que la chloroquine et la sulphadoxine-pyriméthamine sont considérées comme efficaces).

Dans les pays à transmission endémique assez stable, comme en Afrique tropicale, une grande proportion de fièvres de l'enfant (par ex. 40 %) sont dues au paludisme, et, en l'absence d'un accès universel au diagnostic des laboratoires, la recommandation consiste à traiter toutes les fièvres de l'enfant comme un paludisme présumé.

Dans des contextes à endémie plus faible, cependant, moins de fièvres de l'enfant sont provoquées par le paludisme, une plus grande proportion d'épisodes de paludisme se produisent chez des groupes plus âgés, et les fièvres des enfants de moins de 5 ans sont un dénominateur moins utile d'évaluation de la couverture du traitement antipaludique. Dans de tels contextes, les enquêtes devraient donc idéalement rapporter les cas de fièvre ou les épisodes rapportés de paludisme parmi les groupes plus âgés (voir le cadre d'échantillonnage du MIS). Dans ce cas, les données sur l'utilisation d'antipaludiques pour les fièvres sont probablement plus utiles comme indication de la demande de traitements antipaludiques qu'une estimation de la couverture du traitement antipaludique.

Plate-forme : DHS (USAID/MACRO), MICS (UNICEF), MIS, 'annexe' à d'autres enquêtes nationales représentatives.

Fréquence : Tous les 2 à 3 ans.

RÉFÉRENCES

- *Roll Back Malaria/MEASURE. Guidelines for core indicators for assessing malaria intervention coverage from household surveys. July 2004. rbm.who.int/partnership/wg/wg_monitoring/docs/GuidelinesForCorePopulationFINAL9*
- *Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS): rbm.who.int/merg, section Survey and Indicator Guidance Task Force'*
- *UNICEF Multiple Indicator Cluster Survey:www.unicef.org/statistics/index_24302.html*
- *MEASURE Demographic and Health Surveys: www.measuredhs.com*

INDICATEUR DE TRAITEMENT (PALUDISME-IT 3) :

TRAITEMENT RAPIDE ET EFFICACE DU PALUDISME

Centres de santé sans aucune rupture de stock de médicaments antipaludiques

Pourcentage de centres de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock des médicaments antipaludiques recommandés au niveau national pendant plus d'une semaine à n'importe quel moment au cours des trois derniers mois.

JUSTIFICATION

Pour des traitements rapides et efficaces, l 'approvisionnement continu de médicaments antipaludiques est essentiel aux centres de santé.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de centres de santé disposant de médicaments antipaludiques recommandés au niveau national disponibles le jour de l'enquête et sans rupture de stock pendant une semaine ou plus à n'importe quel moment au cours des trois derniers mois.

Dénominateur : Nombre total des centres de santé sondés disposant de médicaments antipaludiques recommandés au niveau national.

Note : L'analyse et le rapport par province et selon l'environnement urbain/rural sont recommandés.

MESURE

Enquêtes auprès des centres de santé par le biais de questionnaires remis au responsable de chaque section des centres retenus dans l'échantillon. Les enquêtes doivent inclure, pour chaque district retenu, l'hôpital de district et au moins deux autres centres/points de santé du district desservant les communautés. En plus de cet indicateur, ces enquêtes fourniront des données importantes sur la justesse de la gestion des cas graves de paludisme, grâce à une analyse des dossiers des patients hospitalisés de l'hôpital de district ainsi que par une observation directe des prestataires de soins de santé lors de leur travail de consultation des patients.

Plate-forme : Enquête auprès des centres de santé.

Fréquence : Annuelle.

RÉFÉRENCES

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

INDICATEUR DE TRAITEMENT (PALUDISME-IT 4) :

TRAITEMENT RAPIDE ET EFFICACE DU PALUDISME

Patients atteints de paludisme grave recevant un traitement correct

Pourcentage de patients admis pour paludisme grave recevant un traitement correct dans les centres de soins.

JUSTIFICATION

Le paludisme grave apparaît généralement suite à un retard dans le traitement du paludisme simple. L'évolution vers une forme grave de la maladie, particulièrement chez les enfants, peut se produire très rapidement. Du fait du degré élevé de mortalité dû à un paludisme grave, une gestion clinique correcte est la clé pour sauver des vies.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de patients répertoriés pour un paludisme grave qui reçoivent correctement des antipaludiques et un traitement de soutien conformément à la politique nationale de traitement du paludisme.

Dénominateur : Nombre total de patients répertoriés pour un paludisme grave dans les centres de santé.

MESURE

Les données pour cet indicateur sont collectées par des enquêtes auprès des centres de santé avec des questionnaires remis au responsable de chaque section des centres retenus dans l'échantillon. Les enquêtes doivent inclure, pour chaque district retenu, l'hôpital de district et au moins deux autres centres/points de santé desservant les communautés du district. En plus de cet indicateur, ces enquêtes fourniront des données importantes sur la bonne gestion des cas graves de paludisme, grâce à une analyse des dossiers des patients hospitalisés de l'hôpital de district ainsi que par une observation directe des prestataires de soins de santé lors de leur travail de consultation des patients.

Plate-forme : 1) Partie de la supervision de routine du NMCP ; 2) Enquête centre de santé (Formulaire 7).

Fréquence : 1) Annuelle ; 2) Annuelle.

RÉFÉRENCES

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

INDICATEUR DE TRAITEMENT (PALUDISME-IT 5) :

PRISE EN CHARGE DU PALUDISME À DOMICILE

Kits de prise en charge à domicile distribués

Nombre de kits de prise en charge à domicile ayant été distribués aux ménages exposés au risque de paludisme.

JUSTIFICATION

La majorité des décès de paludisme sont provoqués par un manque ou un retard de l'administration d'un traitement antipaludique efficace. Dans les zones de transmission élevée de paludisme et d'accès difficile aux centres de soins de santé, comme les campagnes africaines, le RBM prône la stratégie de prise en charge à domicile des enfants de moins de 5 ans car elle permet une couverture élevée du traitement antipaludique rapide et efficace. Dans le groupe des enfants de moins de 5 ans, l'évolution vers la maladie et la mort est particulièrement rapide. La prise en charge à domicile implique une éducation des mères, une formation des prestataires au niveau de la communauté, y compris des commerçants, et un approvisionnement en médicament préemballés et de qualité garantie.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Nombre de kits de médicaments antipaludiques préemballés et de qualité garantie distribués aux travailleurs sociaux s'occupant d'enfants de moins de 5 ans dans des ménages vivant dans des zones exposées au risque de paludisme, pour une prise en charge à domicile du paludisme des enfants de moins de 5 ans.

MESURE

« Distribué aux ménages » signifie qui a été livré par les prestataires au niveau de la communauté aux travailleurs sociaux s'occupant d'enfants de moins de 5 ans (par opposition à « distribué » par le programme de contrôle de paludisme au professionnels de la santé de la communauté).

Plate-forme : Recensements des programmes de contrôle nationaux du paludisme et d'autres sources pertinentes.

Fréquence : Tous les 3 à 6 mois.

INDICATEUR D'IMPACT (PALUDISME-II 1) :

TAUX DE DECES ASSOCIES AU PALUDISME

- Milieux très endémiques/stables : mortalité quelle qu'en soit la cause chez les moins de 5 ans (5q0), exprimée en nombre de décès sur 1 000 enfants de moins de cinq ans.
- Milieux avec une faible endémicité du paludisme ou un paludisme épidémique : décès attribués au paludisme signalés dans tous les groupes d'âge.

JUSTIFICATION

La mortalité est un composant majeur dans le fardeau du paludisme, et réduire de moitié la mortalité liée au paludisme est l'objectif global de l'initiative Faire reculer le paludisme. Les méthodes utilisées pour mesurer la mortalité liée au paludisme varient en fonction des régions, selon l'endémicité (intensité de transmission) locale du paludisme.

Régions où la transmission du paludisme est stable

La plupart des pays de l'Afrique sub-saharienne comportent des régions où la transmission du paludisme est forte pendant plusieurs mois par an ; des régions similaires caractérisées par une transmission stable existent également dans des zones focalisées de l'Asie du Sud-Est. Dans ces régions où l'endémicité est stable, les plus touchés par le paludisme sont les très jeunes enfants qui, parce qu'ils n'ont pas encore développé d'immunité clinique suffisante, risquent le plus de tomber gravement malade, voire de mourir. Plus de 80 % des décès palustres dans le monde touchent les enfants africains de moins de 5 ans.

Les symptômes (comme la fièvre) et les signes (comme l'anémie) n'étant ni spécifiques ni sensibles, il est difficile de mesurer la mortalité spécifique au paludisme dans ces milieux. Les tentatives d'évaluation de la mortalité attribuable au paludisme à l'aide d'une autopsie verbale rétrospective manquent de spécificité, notamment chez les jeunes enfants. Les décès liés au paludisme chez les enfants sont souvent concomitants avec d'autres maladies courantes, sans être exclusivement et directement dus au paludisme. Par ailleurs, une majorité de décès a lieu hors des hôpitaux. Ils ne sont donc pas enregistrés dans les systèmes d'information sanitaire (SIS) nationaux et ont peu de chances d'être détectés dans les systèmes d'enregistrement vital.

La mortalité chez les moins de cinq ans quelle qu'en soit la cause, abrégée sous la forme 5q0, c'est-à-dire la probabilité qu'un enfant né vivant meure avant son cinquième anniversaire, est par conséquent l'indicateur de mortalité à privilégier car dans ces milieux, on estime que près de 18 % de la mortalité chez les moins de cinq ans est directement attribuable au paludisme [Rowe et al., 2005]. Le paludisme contribue indirectement à beaucoup plus de décès chez les moins de cinq ans ; la lutte contre le paludisme à l'aide des MI a considérablement réduit la mortalité chez les moins de cinq ans toutes causes confondues. Pour parvenir à une interprétation correcte, les tendances en matière de mortalité chez les moins de 5 ans toutes causes confondues doivent être analysées conjointement avec les tendances concernant la couverture des interventions clés dans le domaine du paludisme (utilisation des MI, traitement efficace et rapide, et traitement préventif intermittent des femmes enceintes), qui sont couramment mesurées dans les mêmes enquêtes fournissant les statistiques de mortalité (voir ci-dessous).

Régions où la transmission du paludisme est instable et faible

Les populations vivant dans des régions où la transmission du paludisme est faible et très saisonnière, ou encore dans des régions exposées à des risques d'épidémies de paludisme, n'ont pas été suffisamment exposées au paludisme pour acquérir une immunité clinique importante. Dans ces régions, tous les groupes d'âge risquent donc la maladie grave et la mort. Dans bon nombre de ces régions, davantage de cas de paludisme grave se présentent dans les services de santé et les décès attribués au paludisme enregistrés dans le SIS peuvent fournir une indication fiable de la mortalité liée au paludisme. En fonction de l'accès de la population aux soins et de l'exhaustivité des registres du SIS, les décès palustres enregistrés reflètent le fardeau total de la mortalité palustre au sein de la population ou du moins une proportion de cette mortalité, de laquelle une tendance dans le temps pourra être dégagée. Dans les zones où l'accès aux soins est difficile et où le SIS n'est pas une source d'information fiable (comme dans zones d'urgence), il est possible d'obtenir une estimation des décès palustres par d'autres moyens comme les enquêtes communautaires ou les sites de surveillance spéciaux.

DÉFINITION DE L'INDICATEUR : mortalité chez les moins de cinq ans quelle qu'en soit la cause (5q0)

Numérateur : Nombre d'enfants nés vivants dont le décès a été enregistré avant leur cinquième anniversaire.

Dénominateur : Nombre total d'enfants nés vivants (communiqué dans une étude).

MESURE

En Afrique sub-saharienne, où l'enregistrement civil des décès est parfois inadéquat, la principale source de statistiques sur la mortalité chez les moins de cinq ans quelle qu'en soit la cause sont les enquêtes de population. Par exemple, les enquêtes démographiques et de santé (EDS [ORC Macro]) estiment les taux de mortalité infantile par le biais d'entretiens portant sur le déroulement des naissances auprès de femmes âgées de 15 à 49 ans choisies au niveau national selon un schéma d'échantillonnage en grappes à deux degrés. En dehors des EDS, les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) de l'UNICEF fournissent également des estimations de la mortalité au niveau national en utilisant une technique de sondage non basée sur le déroulement des naissances. Ces deux types d'enquêtes sont menées tous les 3 à 5 ans dans un nombre croissant de pays en développement. Les EDS et les MICS font partie des principales sources utilisées pour l'estimation de la mortalité chez les moins de 5 ans pays par pays, publiée chaque année par l'UNICEF dans le State of the World's Children Report [UNICEF, 2004; Hill et al., 1999]. Cette estimation tient également compte des recensements, lorsqu'ils existent, et, pour certains pays, de l'enregistrement vital et des enquêtes utilisant la technique précédant la naissance (TPN) [Hill & Aguirre, 1990]. La méthode de synthèse des données de mortalité a récemment été peaufinée afin que les erreurs standard puissent être estimées et que l'importance statistique des tendances en matière de mortalité puisse être déterminée.

Plate-forme : EDS (USAID/MACRO), MICS (UNICEF), ou autres enquêtes représentatives sur le plan national.

Fréquence : Tous les 5 ans.

RÉFÉRENCES

- *Hill AG, Aguirre A. Childhood mortality estimates using the preceding birth technique: some applications and extensions. Population Studies 1990;44:317–40.*
- *Hill K, Pande R, Mahy M, Jones G. Trends in child mortality in the developing world: 1960–1996. New York: UNICEF, 1999.*
- *ORC Macro, MEASURE DHS+. Demographic and Health Surveys (DHS). ORC Macro, Calverton, MD, USA. http://www.measuredhs.com.*
- *Rowe AK, Rowe SY, Snow RW, et al. For the Child Health Epidemiology Reference Group. Estimates of the burden of mortality directly attributable to malaria for children under 5 years of age in Africa for the year 2000. Final report. 2005.*
- *The state of the world's children 2005: childhood under threat. New York, NY, United Nations Children's Fund, 2004 (http://www.unicef.org/sowc05/english/sowc05.pdf, accessed 25 February 2005).*
- *Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS-2)/End decade assessment. New York, NY, United Nations Children's Fund, 2001 (http://www.childinfo.org/MICS2/natlMICSrepz/ MICSnatrep.htm/).*
- *Roll Back Malaria Monitoring & Evaluation Reference Group (MERG), Survey and Indicator Guidance Task Force. http://rbm.who.int/merg and http://www.rollbackmalaria.org/partnership/wg/wg_monitoring/docs/HHsurvey_schedule.xls.*

INDICATEUR D'IMPACT (PALUDISME-II 2) :

INCIDENCE DES CAS CLINIQUES DE PALUDISME

Nombre de cas cliniques (symptomatiques) de paludisme sur 1 000 personnes/an.

JUSTIFICATION

Chez les personnes sans immunité suffisante, une infection par le paludisme se traduit généralement par des maladies cliniques dont le symptôme le plus courant est une forte fièvre. Le meilleur moyen d'exprimer le fardeau de la maladie directement attribuable au paludisme est l'incidence, plutôt que la prévalence, des épisodes de maladie cliniques pour plusieurs raisons : 1) Les épisodes de paludisme cliniques ne durent généralement que quelques jours ; 2) Dans les régions où la transmission est stable, la plupart des adultes et des enfants plus âgés peuvent attraper l'infection et rester en état de parasitémie pendant de longues périodes sans jamais développer de symptômes et donc nécessiter de traitement. L'apparition générale d'une infection parasitaire, couramment mesurée par la prévalence de parasites palustres ou d'infections palustres n'est donc pas une bonne indication du fardeau du paludisme.

L'incidence des épisodes de paludisme cliniques, qui est une meilleure mesure du fardeau de la maladie, est souvent estimée plutôt que directement mesurée. Dans les régions les plus touchées, la majorité des cas de maladies palustres sont traités en dehors du système de santé officiel, ce qui explique que les cas enregistrés dans les systèmes d'information sanitaire nationaux ne représentent qu'une fraction du nombre total de cas au sein de la population.

DÉFINITION ET MESURE DE L'INDICATEUR

L'initiative FRP de l'OMS dirige le groupe de travail du MERG (Monitoring & Evaluation Reference Group) sur la morbidité liée au paludisme dans le cadre du FRP, lequel a élaboré un modèle épidémiologique estimant l'incidence des épisodes de paludisme cliniques. Le modèle est basé sur des populations nationales situées dans différentes catégories de risque et d'intensité de transmission du paludisme (endémicité), définies en fonction de la prévalence de l'infection parasitaire chez les enfants âgés de 2 à 9 ans (voir également description de l'indicateur suivant : 'Prévalence de l'infection palustre parasitaire' (PALUDISME-II 3)). Pour chaque groupe de population correspondant à une endémicité et à un âge déterminés, un taux standard d'incidence clinique est appliqué. Les estimations nationales sont peaufinées pour prendre en compte la couverture et l'impact locaux des moustiquaires imprégnées (MI) et des pulvérisations résiduelles dans les habitations (PRH). Les estimations ainsi obtenues peuvent être mises à jour tous les 3 à 5 ans pour refléter l'impact des niveaux croissants de couverture des MI et PRH (au niveau national).

Il existe une autre méthode d'estimation de l'incidence des cas de paludisme cliniques basée sur les cas de paludisme enregistrés dans les systèmes d'information sanitaire (SIS) nationaux. Dans la plupart des pays, les cas enregistrés dans le SIS national ne représentent qu'une fraction du nombre total de cas de paludisme en raison de l'accès limité aux centres de soins et au manque d'exhaustivité des informations du SIS (par exemple, le SIS ne couvre que les établissements publics et non les établissements privés, et/ou tous les établissements de santé ou districts ne communiquent pas leurs cas de paludisme systématiquement tous les mois). Les cas signalés par le biais du SIS doivent donc être ajustés pour tenir compte du niveau d'exhaustivité (local, national) des informations communiquées par le SIS afin de parvenir à une estimation valable du nombre total d'épisodes de paludisme cliniques.

Pour certains pays, notamment les pays les plus touchés de l'Afrique sub-saharienne, l'accès aux soins et la qualité du SIS sont si limités que seule la première méthode est recommandée. Pour les autres pays bénéficiant d'un meilleur accès aux soins et d'un meilleur SIS, les deux méthodes sont utiles et dans l'idéal, une triangulation peut être effectuée pour parvenir à une estimation finale de l'incidence de la maladie.

Fréquence :

- Estimation épidémiologique : tous les 3-5 ans.
- Cas enregistrés dans le SIS national : tous les ans, accompagnés d'une évaluation de l'exhaustivité locale des renseignements du SIS dans l'idéal tous les 1 à 2 ans.

RÉFÉRENCES

- *Roll Back Malaria Monitoring & Evaluation Reference Group (MERG). http://rbm.who.int/merg*
- *Korenromp EL, for the Roll Back Malaria Monitoring and Evaluation Reference Group & MERG Task Force on Malaria Morbidity. Malaria incidence estimates at country level for the year 2004 – proposed estimates and draft report. Geneva, Roll Back Malaria, World Health Organization, March 2005 (http://mosquito.who.int/docs/ incidence_estimations2.pdf)*
- *Nahlen BL et al. Malaria risk: estimating clinical episodes of malaria. Nature 2005, 434: p. E3. http://www.nature.com/nature/journal/v437/n7056/pdf/nature04178.pdf*
- *Minutes of the first meeting of the MERG Task Force on Malaria Morbidity, October 2004, http://www.rollbackmalaria.org/partnership/wg/wg_monitoring/docs/ MorbidityTaskForce_meetingOct04_2004.pdf*

INDICATEUR D'ENDÉMICITÉ (PALUDISME-II 3) :

PRÉVALENCE DE L'INFECTION PALUSTRE PARASITAIRE

Prévalence de l'infection par le *plasmodium* parmi les groupes d'âge concernés au sein de la population.

JUSTIFICATION

La prévalence de l'infection par le *plasmodium* n'est pas une indication directe du fardeau du paludisme car l'infection parasitaire est souvent asymptomatique, notamment chez les adules habitant dans des régions très endémiques. Toutefois, la prévalence de l'infection est un indicateur utile du niveau d'endémicité du paludisme (intensité de la transmission) qui, à son tour, permet de déterminer l'incidence de la maladie (voir indicateur ci-dessus : Incidence des cas de paludisme cliniques).

DÉFINITION DE L'INDICATEUR

Numérateur : Nombre de personnes ayant un frottis sanguin positif.

Dénominateur : Nombre total de personnes testées.

MESURE

Enquêtes de population représentatives menées pendant ou juste après la saison locale de transmission du paludisme. Les groupes de population à étudier sont, dans les régions très endémiques, les enfants jusqu'à l'âge de 5 ou 9 ans, et dans les zones moins endémiques, tous les groupes d'âge. La méthode de mesure standard est l'examen microscopique d'échantillons sanguins prélevés sur le doigt. L'utilisation possible de Tests de diagnostic rapide dans les enquêtes est à l'étude.

Plate-forme : Malaria Indicator Surveys (MIS) ou enquêtes similaires menées pendant ou juste après la saison locale de transmission du paludisme.

Fréquence : Tous les 2 à 3 ans.

RÉFÉRENCES

- *Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS): http://rbm.who.int/merg, section 'Survey and Indicator Guidance Task Force'.*

ISBN 92–9224–036–6