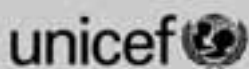




WORLD HEALTH ORGANIZATION



THE WORLD BANK



UNAIDS
UNEP-WFP-UNDP-UNFPA-UNODC
ILO-UNESCO-WHO-WORLD BANK



The Global Fund
To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

GUIDE POUR LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

Juin 2004

Sommaire

Pourquoi ce guide ?	5
A qui est destiné le guide ?	5
Que contient ce guide ?	5
Choix des indicateurs	6
Comment utiliser ce guide ?	6
Eléments de base du S&E	6
Créer et renforcer un programme S&E.....	6
Concepts généraux du S&E	7
Encadré 1: caractéristiques d'un bon système S&E	8
Tableau 1: cadre S&E, avec exemples de domaines, de questions clés et d'indicateurs.....	10
Niveaux de suivi et d'évaluation	11
Tableau 2a. Aperçu des domaines de fourniture de services et de leurs activités communes pour le VIH/SIDA	12
Tableau 2b. Aperçu des domaines de fourniture de services et de leurs activités communes pour la tuberculose	12
Tableau 2c. Aperçu des domaines de fourniture de service et de leurs activités communes pour la TB/VIH	13
Tableau 2d. Aperçu des domaines de fourniture de service et de leurs activités communes pour le paludisme	13
Tableau 3: Aperçu des indicateurs d'effet et d'impact communs pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.....	14
Questions fréquemment posées	14
Questions techniques	14
Questions opérationnelles	17
Questions courantes relatives au guide et au Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme	19
Tableau récapitulatif des indicateurs généraux pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme ..	21
Aperçu schématique des domaines de fourniture de services choisis et indicateurs génériques de couverture	22
VIH/SIDA	23
Ressources générales	23
Assistance technique	23
Tableau récapitulatif pour le VIH/SIDA.....	24
Produits logiciels.....	25
Directives et références essentielles sur le suivi et l'évaluation	25
Tuberculose	27
Tableau récapitulatif pour la tuberculose	27
Ressources générales	27
Assistance technique	28
Produits logiciels.....	28
Directives	28
TB/VIH	29
Tableau récapitulatif pour TB/VIH	29
Ressources générales	29
Assistance technique	29
Directives	29
Paludisme	30
Tableau récapitulatif pour le paludisme	30
Ressources générales	31
Assistance technique et produits logiciels.....	31
Directives	31

Pourquoi ce guide ?

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

Les directives et le manuel de S&E actuels ont été mis au point grâce à la collaboration de nombreux partenaires comme l'ONUSIDA, l'OMS, l'UNICEF, des agences bilatérales, des ONG et des partenaires mondiaux comme HIV/AIDS 3 by 5, Halte à la tuberculose et Faire reculer le paludisme. Développé avec l'aide de bailleurs de fonds internationaux et d'experts en S&E, ce guide vise à réunir un ensemble d'indicateurs et de codes de bonne pratique du S&E, d'appliquer un cadre S&E commun pour les trois maladies et de fournir aux utilisateurs les références des documents et ressources essentiels. Bien qu'appelé guide de «suivi et évaluation», ce document se concentrera principalement sur la composante suivi et les rapports de haut niveau sur un ensemble limité d'indicateurs de progrès. Des indicateurs «d'environnement favorable» sont présentés en vue d'attaquer chaque maladie dans un contexte plus large. Toutefois, la plupart des indicateurs sont axés sur le secteur sanitaire.

Ce guide aidera les pays à :

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

Le guide est le résultat d'un travail commun de partenaires internationaux dont l'OMS, ONUSIDA, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, USAID, CDC, HHS, l'UNICEF et la Banque mondiale. Il a été fait appel à des groupes de travail pour coordonner les indicateurs pour les trois maladies, à des actualisations régulières au fil de l'évolution des mesures d'évaluation et de suivi et des programmes, et à un examen par les départements techniques compétents pour chacune des maladies. L'harmonisation et une plus grande participation des partenaires sont considérées comme importantes pour la coordination des rapports au niveau international comme au niveau national et local, en particulier parce que les ressources pour ces activités sont fréquemment limitées.

A qui est destiné le guide ?

Il vise à fournir à ceux qui gèrent dans les pays les systèmes S&E relatifs à l'extension des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme un accès rapide aux ressources principales et aux directives standard. Parmi les utilisateurs potentiels, on citera les gestionnaires nationaux de programmes contre les maladies et les responsables de projets, les agences de bailleurs de fonds, les agences techniques et celles chargées de la mise en oeuvre, et les ONG afin de mieux harmoniser les demandes d'information. Même s'il a été rédigé pour ce public en particulier, le guide n'exclut pas pour autant le cadre plus général des individus et groupes qui travaillent dans ces domaines, notamment les professionnels de l'enseignement, des questions d'égalité des sexes et de la réforme juridique, par exemple.

Que contient ce guide ?

Le guide constitue un cadre général pour présenter un choix d'indicateurs standard pour les trois maladies et renvoyer vers une gamme de directives et d'outils S&E, dont des indicateurs supplémentaires dans des domaines spécifiques du programme. En outre, ce guide aborde des questions fréquemment posées quand il s'agit de mettre en oeuvre le S&E pour des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Les indicateurs présentés ont été mis au point dans une optique nationale mais la plupart peuvent être utilisés à divers niveaux. Les utilisateurs veilleront à concevoir ou modifier leur système de collecte des informations de santé en gardant à l'esprit les différents éléments d'information qui doivent être récoltés pour utilisation à divers niveaux afin d'esquisser une «vue générale» que ces indicateurs permettent de mesurer. En outre, de nouvelles technologies et de nouveaux développements exigeront un réexamen régulier et une mise à jour des exemples d'indicateurs présentés ici.

C'est la première fois que des indicateurs concernant les trois maladies sont réunis dans un seul manuel. Il s'agit donc toujours d'un travail en progression permanente. Nous identifierons les domaines qui devront être perfectionnés le cas échéant dans les prochaines éditions. Ce document est disponible en anglais sous forme électronique à l'adresse <http://www.theglobalfund.org/en/apply/call>.

Note: ce guide ne vise pas à donner un aperçu complet de tous les indicateurs essentiels et additionnels développés dans le domaine de chacune des trois maladies. Il cherche plutôt à donner aux utilisateurs l'ensemble des indicateurs les plus communs utilisés dans des domaines d'activité spécifiques. Pour une liste complète de tous les indicateurs existants, les lecteurs sont renvoyés à la section 'directives' pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme séparément. Ces sections énumèrent toutes les directives de S&E, dont les indicateurs de programmes.

Choix des indicateurs

Les indicateurs présentés ici ont été choisis en collaboration avec des experts techniques du S&E dans les domaines de chacune des maladies ainsi que le personnel du Fonds mondial. Des consultations ont été organisées avec le personnel des départements VIH/SIDA, tuberculose et paludisme de l'OMS. En outre, des conseils ont été demandés à d'autres agences de l'ONU, en particulier l'ONUSIDA et l'UNICEF ainsi que la Banque mondiale, l'USAID et le CDC afin que les indicateurs recommandés correspondent à ceux utilisés par les autres organisations. **Il est important de noter qu'aucun nouvel indicateur n'a été développé pour le présent guide. Au contraire, on y présente plutôt les indicateurs existants ou ceux qui deviendront bientôt très répandus.** C'est pourquoi ce guide s'appuie sur des indicateurs existants et acceptés déjà utilisés dans un grand nombre de programmes. La seule exception est un ensemble d'indicateurs généraux rassemblés sous le nom 'd'environnement de soutien'. Ils sont propres au Fonds mondial et présentés dans un tableau séparé. Ils peuvent être utilisés pour les trois maladies.

Comment utiliser ce guide ?

Ce guide vise à fournir un choix d'indicateurs standards dans le domaine du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme. Les concepts généraux en matière de S&E sont décrits dans la première partie du document. Des sections plus spécifiques pour chaque maladie présentent des informations techniques sur chaque indicateur. Les annexes donnent un aperçu des définitions de l'indicateur, de la mesure et du rapport.

Le présent guide ne contient pas une liste complète de tous les indicateurs (à titre d'exemple, une combinaison DOTS public/privé n'est pas couverte mais peut constituer une approche mise en oeuvre dans diverses circonstances). Il se limite à une sélection d'indicateurs normaux susceptibles d'être inclus dans une collecte traditionnelle de données et utiles pour les rapports présentés au niveau international, par exemple devant des organisations comme le Fonds mondial. Comme indiqué ci-dessus, ce guide est un travail évolutif et des modifications y seront apportées régulièrement afin de répondre aux besoins des utilisateurs.

Pour toute suggestion spécifique concernant l'amélioration de ce guide, les lecteurs sont invités à écrire à : toolkit@who.int

Éléments de base du S&E

Créer et renforcer un programme S&E

Bien que des progrès significatifs aient été réalisés dans le S&E par pays, une grande part du S&E spécifique à une maladie s'est effectuée de manière verticale et isolée, souvent sans aucun lien ou d'autres sources. Une évaluation approfondie d'un projet financé par un donateur peut avoir été effectuée dans un domaine important sans que les résultats soient jamais partagés sur le terrain. Bref, l'utilité de la plupart des mesures relatives à une maladie dans un pays peut être perdue parce qu'il n'existe souvent pas de système S&E cohérent qui puisse être utilisé pour collecter les informations sur plusieurs maladies à différents niveaux. En outre, de nombreux pays font confiance à des enquêtes comme Demographic Health Surveys (DHS), Aids Indicator Surveys (AIS), Behavioural Surveillance Surveys (BSS) et Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) qui sont financées par des bailleurs de fonds externes pour récolter des informations sur l'impact de leurs propres programmes soutenus. Des données peuvent être utiles dans un contexte S&E plus large mais ne sont pas bien intégrées avec les sources habituelles comme les systèmes nationaux d'information et de surveillance des questions de santé.

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

Les trois «uniques» :

Le 25 avril 2004, les représentants d'importantes organisations donatrices et de nombreux pays en développement ont adopté trois principes comme cadre général en vue de mieux coordonner l'extension des programmes SIDA nationaux et des réponses à l'épidémie de VIH/SIDA. Les «Trois Principes Uniques» sont :

- *Un cadre d'action* unique VIH/SIDA convenu qui constitue la base pour coordonner le travail de tous les partenaires ;
- *Une autorité nationale* unique de coordination VIH/SIDA avec un mandat multisectoriel large ; et
- *Un système de suivi et d'évaluation* unique convenu au niveau national.

On n'insistera jamais assez sur l'importance de la création, de la mise en oeuvre et du renforcement d'un système de S&E unique, unifié et cohérent à l'échelle nationale. Un système S&E unique et solide garantit : 1) la mise à disposition en temps voulu de données pertinentes et précises pour les promoteurs et responsables d'un programme à chaque niveau de ce programme et du système des soins de santé ; 2) la transmission de données sélectionnée de qualité aux responsables nationaux du programme ; et 3) la capacité du programme national à répondre aux exigences de justification internationale dans le cadre d'un effort mondial unifié de limitation des ravages de la pandémie de VIH/SIDA.

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

Les pays ont des besoins de S&E différents qui leur sont dictés en partie par le poids des maladies. Comme des programmes réussis l'ont démontré dans plusieurs pays, des systèmes S&E efficaces présenteront toutefois des éléments communs. Une liste de ces éléments fait l'objet de l'encadré 1.

Concepts généraux du S&E

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

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

La mesure de l'impact exige un investissement de temps considérable pour l'évaluation et il est souvent difficile d'établir quelle partie de chaque programme ou de chaque composante de programme contribue à la réduction générale des cas et à une augmentation du taux de survie. Pour établir la relation de cause à effet d'une intervention précise, des études expérimentales ou quasi-expérimentales peuvent s'avérer indispensables en matière d'impact. Les indicateurs de résultat et d'effet peuvent toutefois être utilisés également jusqu'à un certain point pour identifier de telles relations et peuvent donner une indication générale des avancées des programmes par rapport aux objectifs convenus.

C'est pourquoi *l'accent est mis ici sur les indicateurs de résultat et d'effet* qui sont souvent plus faciles à relever que les indicateurs d'impact et sont utilisés pour le renforcement du programme à court ou moyen termes et l'établissement de rapports. **Il convient de noter que certains indicateurs de résultat présentés ici sont en général considérés comme des indicateurs**

Encadré 1 : caractéristiques d'un bon système S&E

<p>UNITE S&E</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une unité 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 S&E dans les trois domaines sans tenir compte du service où ce S&E spécifique à la maladie est situé. • Un budget pour 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% peut faire office de référence. • Une contribution nationale significative au budget S&E national (pas de dépendance totale de sources de financement extérieures) • Un lien (S&E) formel, en particulier avec les ministères concernés, les ONG, les bailleurs de fonds et les institutions de recherche nationale en vue d'améliorer la recherche opérationnelle • Un groupe de travail multisectoriel qui apporte ses réflexions et atteint un consensus sur le choix de l'indicateur et les divers aspects de la conception et la mise en place du S&E • Une expertise en épidémiologie au sein de ou affiliée à l'unité S&E • Une expertise dans le domaine des sciences comportementales ou sociales au sein de ou affiliée à l'unité S&E • Une expertise dans le domaine de la gestion des données et des statistiques au sein de ou affiliée à l'unité S&E • Une expertise dans la diffusion des données au sein de ou affiliée à l'unité S&E • Une expertise dans l'identification des ressources financières comme matérielles
<p>OBJECTIFS PRECIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un programme national bien défini ou des projets avec des buts clairs, des objectifs et des plans opérationnels. Des plans S&E nationaux devraient être réévalués tous les 3 à 5 ans et les plans S&E opérationnels tous les ans. • Des révisions/évaluations régulières des progrès réalisés dans la mise en oeuvre du programme national ou des projets • Directives et accompagnement aux districts et régions ou provinces en matière de S&E • Des directives pour lier S&E à d'autres secteurs comme l'enseignement, l'emploi, l'armée
<p>INDICATEURS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un niveau national de collecte de données et un plan d'analyse, dont l'assurance qualité des données • Un plan de collecte de données et des indicateurs d'analyse périodique et autres données pertinentes à différents niveaux légaux du S&E (dont le niveau géographique) • Une surveillance de deuxième génération où les données comportementales sont reliées aux données de surveillance VIH/IST
<p>COLLECTE ET ANALYSE DE DONNEES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un plan général de diffusion national des données • Un rapport annuel informatif et bien diffusé de l'unité S&E • Des réunions annuelles en vue de diffuser et de discuter le S&E et le résultat des recherches avec des décideurs politiques, des planificateurs et des responsables de la mise en oeuvre • Une centralisation de la production et de la diffusion des innovations • Une base de données ou une bibliothèque centralisée de toutes les données sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, et notamment des recherches en cours • Une coordination des besoins nationaux et des bailleurs de fonds en matière de diffusion du S&E
<p>DIFFUSION DES DONNEES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un plan général de diffusion national des données • Un rapport annuel informatif et bien diffusé de l'unité S&E • Des réunions annuelles en vue de diffuser et de discuter le S&E et le résultat des recherches avec des décideurs politiques, des planificateurs et des responsables de la mise en oeuvre • Une centralisation de la production et de la diffusion des innovations • Une base de données ou une bibliothèque centralisée de toutes les données sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, et notamment des recherches en cours • Une coordination des besoins nationaux et des bailleurs de fonds en matière de diffusion du S&E

d'impact. De même, certains indicateurs traditionnellement considérés comme indicateurs de résultat sont devenu des indicateurs d'effet. La connaissance, par exemple, est souvent considérée comme un résultat et est énumérée ici comme un effet du programme. Ces changements sont dus au cycle de vie des programmes pour lequel on a estimé que les indicateurs existants pouvaient être placés dans différentes sections du cadre S&E afin de repérer les changements sur de courtes périodes. Les indicateurs doivent être transmis au niveau le plus élevé possible quand le programme se développe. Les indicateurs de résultat et d'effet présentés ici, par exemple, concernent souvent la couverture, laquelle peut être mesurée avec succès après deux ans de la vie d'un programme. A mesure qu'un programme ou une intervention se développe, les utilisateurs peuvent envisager d'en évaluer l'impact à l'aide d'informations qui ont été collectées sur la durée du programme et/ou par des études d'évaluation spécifiques. L'évaluation de l'impact n'étant pas l'objet de ce document, la réalisation de telles études ne sera pas abordée ici.

Une grande part des informations contenues dans ce guide s'articule autour de la collecte de données quantitatives. Il importe cependant de souligner la valeur et l'utilisation de données qualitatives pour compléter, valider et mieux expliquer les résultats quantitatifs. Bien que les approches qualitatives ne doivent pas être étendues de manière générale à des populations plus larges, de telles données remettent les données quantitatives dans leur contexte et permettent une interprétation plus extensive des indicateurs quantitatifs. Les données qualitatives sont également utiles pour apporter des réponses contextuelles à une modification de comportement, des informations qui peuvent s'avérer utiles pour concevoir des campagnes de communication plus efficaces en donnant la parole aux populations les plus démunies et les plus fragiles et en offrant de meilleurs services aux groupes cibles. Diverses méthodologies sont utilisées dans la collecte des données qualitatives, dont notamment des enquêtes de satisfaction des patients, des examens d'experts, une observation patient/personnel, des exercices de cartographie, des interviews d'informateurs clés, des groupes dirigés, des évaluations rurales participatives et des études ethnographiques rapides. Pour plus d'informations sur ces méthodologies, voir :

<http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/Publications/Archive/evalchap/index.htm>

Idéalement, une approche qualitative et quantitative combinée devrait être suivie lors de la collecte et de l'analyse des informations. L'approche méthodologique mixte contribuera à une bien meilleure compréhension des avancées du programme, assurera une coordination des sources de données et réduira les biais dans les données.

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

Note sur les populations cibles et les dénominateurs : dans de nombreux cas, il peut s'avérer difficile de déterminer le dénominateur, ou la population, à utiliser lors de l'évaluation, par exemple de la couverture. Nous nous sommes par conséquent concentrés sur les numérateurs, ou sur la partie de la population qui est concernée ou bénéficie des interventions. Dans ce guide, les dénominateurs doivent toutefois être également inclus si possible (quand un pourcentage est donné, les numérateurs doivent toujours être mentionnés afin de permettre l'évaluation de la couverture). 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) 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 faibles et concentrées.

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

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

Niveau	Domaine	Questions clés	Exemple d'indicateur
INTRANTS (stratégies, politiques, directives, financement)	<ul style="list-style-type: none"> Politique Païement Infrastructure Coordination 	<ul style="list-style-type: none"> Plans stratégiques nationaux pour chaque maladie et domaine pertinent (par ex. les OEV) existent, y compris des plans de S&E et de recherche opérationnelle Politique et directives existent Coordination établie Infrastructure et équipement disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> Politiques et directives en place au niveau national Nœud de distribution choisi Site sentinelle choisi Fournisseurs choisis Mécanisme de coordination en place pour questions techniques et opérationnelles
PROCESSUS (ressources humaines, formation, marchandises)	<ul style="list-style-type: none"> Ressources humaines 	<ul style="list-style-type: none"> Ressources humaines pour fourniture de services et supervision sont recrutées, motivées, formées et déployées sur le terrain 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnes formées selon les normes nationales pour une intervention
	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments, besoins de base et marchandises 	<ul style="list-style-type: none"> Les médicaments sont toujours disponibles pour les consommateurs en temps voulu et au lieu voulu Les besoins de base (alimentation, vêtements, etc.) sont toujours disponibles pour les populations vulnérables en temps voulu et au lieu voulu Des directives de traitement standard et des manuels d'utilisation ont été écrits et produits 	<ul style="list-style-type: none"> % de nœuds de distribution de médicaments faisant mensuellement état de leurs stocks (suffisance, manque, consommation, qualité, pertes) Nombre d'activités organisées en faveur des besoins de base des populations vulnérables Directives de traitement et manuels d'utilisation rédigés et disponibles dans les lieux de service
RESULTATS IMMEDIATS (services, nombres de personnes touchées, couverture)	<ul style="list-style-type: none"> Fourniture de services, technologies 	<ul style="list-style-type: none"> L'intervention est accessible à un grand nombre ou à la majorité des districts ou autres subdivisions administratives 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre ou % de districts ou autres subdivisions administratives avec au moins un centre de distribution de médicaments Nombre ou % de districts ou autres subdivisions administratives avec le nombre requis de fournisseurs de l'intervention % de nœuds/centres de distribution ne faisant état d'aucune rupture de stock % de fournisseurs choisis équipés pour l'intervention (laboratoires, infirmerie, soutien psychosocial, autres)
	<ul style="list-style-type: none"> Connaissances, aptitudes et pratique 	<ul style="list-style-type: none"> La population cible est informée des avantages de l'intervention Meilleures connaissances et attitudes de la population cible vis-à-vis des maladies 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre ou % de districts ou autres subdivisions administratives avec sentinelle/fournisseur désigné agissant selon les directives propres à l'intervention
EFFETS (changement de comportement, couverture)	<ul style="list-style-type: none"> Personnes en traitement, personnes bénéficiant de l'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Une majorité de la population cible est couverte par l'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre ou % de population cible couverte par l'intervention
	<ul style="list-style-type: none"> Changement de comportement 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre ou proportion accrue de population cible adoptant des comportements qui réduisent leur vulnérabilité à l'infection, la morbidité, et/ou la mortalité 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre ou % de population cible avec comportement de demande de soins souhaité (réduction de risque, demande de soins)
IMPACT (biologie et qualité de vie)	<ul style="list-style-type: none"> Morbidité, mortalité, bien-être socio-économique 	<ul style="list-style-type: none"> La majorité de la population cible est en meilleure santé et vit mieux suite à l'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de population cible montrant des signes cliniques (et mesurables) de rétablissement après 6, 12 mois % de population cible montrant des signes cliniques (et mesurables) de rétablissement après 6, 12 mois Prévalence de la maladie au niveau régional ou national

Niveaux de suivi et d'évaluation

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

- Mettre à profit les indicateurs existants ;
- Minimiser le nombre d'indicateurs à suivre ;
- Répondre aux besoins du programme national ;
- Coordonner les besoins de S&E du pays et des bailleurs de fonds ;
- Les harmoniser avec d'autres cadres internationaux comme les Objectifs de développement du millénaire (ODM) ; et
- Couvrir un grand nombre de domaines du programme et des secteurs relatifs au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme.

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

Indicateur d'apport générique : existence de politiques, directives ou stratégies nationales. Il s'agit d'une question de type « oui » / « non ». Le rapport de l'affectation budgétaire générale est inclus comme un entrant.

Indicateur de processus générique : nombre de personnes formées, nombre de médicaments envoyés/commandés, etc.

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

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

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

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

Les tableaux 2a-2d donnent un aperçu des domaines de fourniture de services et de leurs activités communes pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Tableau 2a. Aperçu des domaines de fourniture de services et de leurs activités communes pour le VIH/SIDA

	Prévention	Traitement	Soins et soutien	Environnement de soutien
VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Communication de changement comportemental (CCC) – Mass médias • Communication de changement comportemental (CCC) – Proximité communautaire • Education des jeunes et prévention • Distribution de préservatifs • Programmes pour groupes spécifiques, dont réduction du dégât auprès des utilisateurs de drogues par injection • Conseil et test • Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) • Diagnostic et traitement des IST • Prophylaxie post-exposition (PPE) • Sécurité sanguine et précautions universelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement antirétroviral et surveillance • Prévention et traitement des infections opportunistes 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins et soutien pour orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA • Soins et soutien aux malades chroniques et aux familles touchées par le VIH/SIDA • Soins et soutien des familles atteintes par le VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la société civile • Réduction des stigmates et respect de la confidentialité • Défense des initiatives en vue d'augmenter la prise de conscience, de mobiliser les ressources et d'augmenter l'engagement politique • Politique et programmes VIH/SIDA sur le lieu de travail

Tableau 2b. Aperçu des domaines de fourniture de services et de leurs activités communes pour la tuberculose

	Prévention	Traitement	Soins et soutien	Environnement de soutien
Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> • Communication de changement comportemental (CCC) – Mass médias • Communication de changement comportemental (CCC) – Proximité communautaire • Prévention de la tuberculose par l'identification et le traitement des cas d'infection • Contrôle de l'infection dans les centres de soin 	<ul style="list-style-type: none"> • Détection à temps et traitement de qualité des cas • Maîtrise de la pharmacorésistance • Suivi systématique de la performance en cas de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien des patients par l'observation directe du traitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantité et qualité assurée des médicaments et matériels de laboratoire • Renforcement et maintien des ressources humaines • Programme de recherche opérationnelle visant les obstacles à DOTS • Défense et engagement politique accru en faveur de DOTS • Garantie du financement adéquat d'un programme DOTS durable

Tableau 2c. Aperçu des domaines de fourniture de service et de leurs activités communes pour la TB/VIH

	Prévention	Traitement	Soins et soutien	Environnement de soutien
TB/VIH	<ul style="list-style-type: none"> Prévention de la tuberculose parmi les personnes porteuses du VIH Prévention des infections opportunistes avec cotrimoxazole aux personnes vivant avec le VIH/SIDA porteuses de la TB Prévention VIH pour patients TB 	<ul style="list-style-type: none"> Traitement de la co-infection HIV/tuberculose ART pour patients TB Soins VIH et soutien des patients TB positifs au VIH 		<ul style="list-style-type: none"> Renforcement et maintien des capacité des ressources humaines Programme de recherche opérationnelle visant les obstacles DOTS Défense et engagement politique accru en faveur de DOTS Financement suffisant assuré pour un programme DOTS durable

Tableau 2d. Aperçu des domaines de fourniture de service et de leurs activités communes pour le paludisme

	Prévention	Traitement	Soins et soutien	Environnement de soutien
Paludisme	<ul style="list-style-type: none"> Communication de changement comportemental (CCC) – Mass médias Communication de changement comportemental (CCC) – Proximité communautaire Utilisation accrue de moustiquaires traitées (MTI) Prévention du paludisme pendant la grossesse Vaporisation résiduelle intérieure/Contrôle des vecteurs par limitation des sources d'eau Prévision et lutte contre les épidémies 	<ul style="list-style-type: none"> Traitement antipaludique effectif rapide Suivi de la pharmacorésistance Gestion à domicile du paludisme 		

Il existe de nombreux indicateurs d'impact convenus au plan national et international pour ces trois maladies. Bien qu'ils ne soient pas au centre de ce guide, ils méritent d'être mentionnés car les objectifs à long terme d'un programme devraient essayer de les atteindre. Les indicateurs ci-dessous sont formulés en termes généraux et les références aux documents et personnes qui peuvent en donner la formulation exacte et les méthodes de mesure se trouvent dans la section « Ressources » à la fin de chaque section consacrée à une maladie.

Tableau 3: Aperçu des indicateurs d'effet et d'impact communs pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme

VIH/SIDA	TB	Paludisme
<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de jeunes ayant eu des relations sexuelles avant 15 ans • Pourcentage de jeunes ayant eu des relations sexuelles avec plus d'un partenaire l'an dernier • Pourcentage de groupes à haut risque qui a adopté des comportements réducteurs de transmission du VIH • Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans reconnaissant l'utilisation d'un préservatif au cours de relations avec un partenaire occasionnel • Réduction de la proportion d'hommes reconnaissant des relations avec des travailleurs sexuels au cours des 12 derniers mois • Augmentation du nombre de poches de sang transfusées au cours des 12 derniers mois qui ont été vérifiées quant à la présence de VIH conformément aux directives nationales ou OMS • Pourcentage de patients demeurant en traitement après 6, 12 et 24 mois • Pourcentage de personnes en vie après 6, 12 et 24 mois de traitement ARV • Pourcentage d'adultes sous traitement ARV qui prennent au moins 10% de poids 6 mois après le début du traitement • Pourcentage réduit des groupes à haut risque (travailleurs du sexe, clients de travailleurs du sexe, homosexuels masculins, utilisateurs de drogues par injection) qui sont positifs au VIH • Pourcentage réduit des jeunes de 15-24 ans infectés par le VIH • Pourcentage réduit d'enfants porteurs du VIH nés de mères atteintes du VIH • Réduction de la prévalence VIH adulte (âges 15-49) • Taux de survie accru chez les personnes atteintes du VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion accrue de cas de TB incidents (estimation) qui sont détectés grâce à DOTS • Proportion accrue de cas de TB détectés qui sont traités avec succès • Prévalence réduite de la tuberculose • Nombre réduit de décès dus à la tuberculose 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux brut de mortalité à 5 ans réduite (région endémique) • Mortalité spécifique au paludisme réduite • Mortalité spécifique au paludisme réduite

Questions fréquemment posées

Questions techniques

1. Quelle est la différence entre suivi et évaluation?

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

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

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

En raison des faibles ressources S&E au niveau sous-national, l'accent est mis sur le suivi des apports ou résultats et sur les progrès positifs ou non en fonction d'un plan sous-national. Une évaluation d'un petit centre de soins dans le cadre d'une

supervision de routine peut être utile pour fournir une information sur la qualité des soins ou la disponibilité et l'utilisation des services. A tous les niveaux, le suivi et l'évaluation sont indispensables.

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

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

Programme renvoie à une réponse nationale ou sous-nationale globale à une maladie. Au sein d'un programme national, il existe généralement plusieurs domaines de programmation différents. Le programme VIH/SIDA, par exemple, possède un certain nombre de « sous-programmes » comme la sécurité sanguine, la maîtrise des IST ou la prévention VIH auprès des jeunes. *Project* renvoie à une combinaison d'interventions où les activités sont soutenues par des ressources et qui visent une population spécifique définie géographiquement ou autrement.

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

4. Quel est le bon moment pour une évaluation ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La recherche opérationnelle (RO) est un type d'évaluation plus rigoureux qui complète les systèmes de S&E. Le principal objectif de l'OR est de fournir aux gestionnaires de programme et aux décideurs politiques les informations indispensables

pour développer, améliorer ou étendre les programmes. On peut la voir comme un processus pratique et systématique pour identifier et résoudre les problèmes relatifs au programme. Le processus compte cinq étapes :

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

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

7. Tous les indicateurs se valent-ils ?

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

8. Quand faut-il mesurer les différents indicateurs ?

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

Type d'indicateur	Fréquence de mesure recommandée
Apport	permanent
Processus	trimestriel, semestriel ou annuel
Résultat	trimestriel, semestriel ou annuel
Effet	1 à 3 ans
Impact	2 à 5 ans

9. Pourquoi des indicateurs standard ?

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

Lors de la conception de leurs propres activités d'évaluation, les *projets* doivent également tenir compte des indicateurs nationaux standard dans ce domaine. Les projets peuvent avoir leur propres besoins d'information qui répondent à des cadres rigoureux. Toutefois, ils devront, le cas échéant, choisir ces indicateurs avec des références standard, par ex. des périodes de référence, des numérateurs, des dénominateurs collectés en permanence sur différentes périodes et qui permettront d'introduire aisément les données collectées dans le système de S&E national et de les comparer dans le temps.

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

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

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

Questions opérationnelles

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

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

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

1. Utilisez un cadre de S&E conceptuel pour l'interprétation correcte des résultats (voir ci-dessus le cadre suggéré) ;
2. Assurez-vous que les indicateurs sont liés aux buts du programme ou du projet et capables de mesurer le changement ;
3. Assurez-vous d'utiliser des indicateurs standard dans la mesure du possible afin de permettre la comparaison avec d'autres pays ou groupes de population ;
4. Examinez le coût et la faisabilité de la collecte des données et de leur analyse ;
5. Pour le VIH/SIDA, tenez compte de l'état de l'épidémie
6. Limitez-vous au nombre minimum d'indicateurs nécessaires, avec une référence spécifique au niveau du système qui a besoin et utilisera les indicateurs pour les décisions de programmation et de gestion. Des indicateurs supplémentaires peuvent toujours être retenus plus tard.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Comment optimiser l'utilisation des données ?

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

- Produisez des données de qualité qui demandent un investissement sérieux pendant toute la période de collecte ;
- Identifiez les différents utilisateurs finaux, présentez et conditionnez les données selon leurs besoins en vous concentrant sur un nombre minimal d'indicateurs à chaque niveau ;
- Déterminez les mécanismes d'un système d'utilisation efficace des données, y compris l'information en retour grâce à la supervision à tous les niveaux, et assurez-vous que les données présentées à un certain niveau soient pertinentes et utilisables.
 - o Assurez-vous de la propriété publique tout au long de la collecte des données ; en d'autres mots, les capacités nationales de S&E doivent être renforcées pour garantir des données uniformes et de qualité dans un cadre durable ;
 - o Veillez à créer un groupe de soutien S&E avec une forte présence du gouvernement, des agences de donateurs et des institutions universitaires pour conseiller le gouvernement pendant le développement et la mise en oeuvre des stratégies de S&E nationales. La crédibilité des données générées par le gouvernement s'en trouvera améliorée ; et
 - o Allouez suffisamment de ressources au plan d'utilisation des données.

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

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

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

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

1. Tous les partenaires de la mise en oeuvre doivent collecter des données d'apport et de résultat complètes. Beaucoup devraient collecter également des données de processus. Beaucoup moins pourront évaluer les effets. Moins encore évalueront l'impact.
2. Un bon S&E exige à la fois une auto-évaluation interne et une vérification extérieure. Par conséquent, alors que les partenaires de la mise en oeuvre collectent et vérifient leurs propres données internes, une agence extérieure doit vérifier l'exhaustivité et la précision des données collectées par ces partenaires. Des visites de supervision devraient s'appuyer sur l'analyse de l'auto-évaluation interne et des données primaires vérifiées en externe.

3. Les systèmes de 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 est probable qu'il échouera.
4. Les systèmes de S&E doivent inclure un noyau standardisé. Si chaque partenaire de la mise en oeuvre utilise des systèmes ou outils différents, les données ne peuvent être analysées ou résumées efficacement. Le besoin d'un noyau standardisé n'empêche pas chaque partenaire de la mise en oeuvre de récolter des données S&E spécifiques supplémentaires.
5. Un entité spécialisée est indispensable pour collecter, vérifier, introduire et analyser des données S&E primaires de chaque partenaire. Sans une telle entité, il est peu probable que la collecte, la vérification et l'analyse des données soient jamais effectuées. Les ministères et autres agences publiques sont rarement équipés pour gérer une telle procédure. Des ressources accrues consacrées au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme devraient être utilisées pour renforcer une capacité locale au sein de ces entités nationales.
6. Le S&E doit être intégré à la conception d'un programme et doit être opérationnel lorsque la subvention arrive et non être ajouté après. Il est beaucoup plus difficile et moins efficace de « réintégrer » le S&E après la mise à disposition de la subvention.
7. Les données sous-nationales sont importantes pour la collecte de données au niveau national car elles peuvent être cumulées à ce niveau. Toutefois, les données sous-nationales sont plus pertinentes pour les gestionnaires du programme lors de la prise de décision quotidienne.

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

Questions courantes relatives au guide et au Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme

1. Comment le guide s'inscrit-il dans le contexte du Fonds mondial ?

Le Fonds mondial doit lever des moyens, allouer des fonds à des projets et prouver que ces fonds aident à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Bref, il vise à « **mobiliser des fonds, à les dépenser et à prouver leur utilité** » en partenariat avec d'autres organisations internationales et nationales afin d'aider les projets qui mettent en oeuvre les subventions.

Le Fonds mondial cherche à toucher plus de personnes avec des services de qualité. Un objectif central est **d'augmenter la couverture** de la prévention, du traitement et des soins aux patients atteints du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme et à en mesurer l'évolution. Pour chaque service, il est dès lors important de faire rapport sur :

- (1) le nombre de personnes formées à ce service
- (2) le nombre de points de fourniture de services créés, et plus important
- (3) le nombre de personnes touchées par ces services.

La couverture minimale doit compléter des indicateurs plus traditionnels (qui peuvent traduire la suite complète des intrants, processus, résultats et effets). En outre, des changements de comportement de la population et l'impact de la maladie font l'objet de rapports au fil du temps en collaboration avec des partenaires nationaux.

L'Évaluation de la performance des projets est au centre du mécanisme du Fonds mondial afin de garantir une relation étroite entre la collecte, l'affectation et la justification des fonds. Ces fonds sont libérés lorsque les progrès – partie intégrante des subventions – par rapport aux objectifs convenus sont atteints. Il faut des buts plus généraux bien définis, des indicateurs bien choisis et des rapports sur les progrès. La performance s'appuiera sur la mesure dans laquelle différents indicateurs de niveau de couverture peuvent être évalués, expliqués et vérifiés par rapport aux objectifs convenus. Des mesures de progrès plus générales devraient également être signalées mais la performance essentielle fera référence à des objectifs clairs pour les domaines de fourniture de services. L'évaluation de la performance aide à vérifier si les dépenses sont bien effectuées par rapport au projet, et finalement si les services sont bien offerts à ceux qui souffrent de ces maladies. Elle développe également un ensemble de preuves et une plate-forme qui justifie un financement durable et sérieux.

Le Fonds mondial est un **mécanisme de financement plutôt qu'une agence technique**. Il a donc rassemblé des agences techniques afin de s'entendre sur un ensemble de base d'indicateurs pour les trois maladies. La normalisation est importante afin de simplifier les efforts de suivi et d'évaluation. En outre, elle permet au Fonds mondial de décrire les progrès et la couverture par-delà la variété des projets et des circonstances.

Cette section présente l'utilisation des informations de suivi et d'évaluation par le Fonds mondial et explique la couverture et les indicateurs généraux.

2. Comment les informations sont-elles utilisées par le Fonds mondial ?

Le Plan de suivi et d'évaluation est un élément essentiel des demandes de financement, de l'accord de subvention signé par les parties et reste la base de « l'évaluation de performance » permanente. Seul un ensemble minimum d'indicateurs font l'objet d'un rapport destiné au Fonds mondial, avec les rapports d'évaluation qui remettent les progrès en perspective. Les indicateurs couverts dans le guide sont par conséquent la « pointe émergée de l'iceberg » du plan de suivi et d'évaluation. Ils doivent être interprétés dans ce contexte plus large.

Outre les étapes traditionnelles du S&E, la couverture finale est soulignée (de la formation, des points de fourniture de services et des population touchées), afin d'évaluer si plus de personnes sont touchées par des services de meilleure qualité. Le but est de réduire l'évaluation de la performance au niveau le plus bas, de transmettre vers le haut de la hiérarchie un ensemble minimum d'indicateurs communs aux projets. Les informations récoltées sont utilisées à trois étapes de l'évaluation de la performance :

- Accord sur quelques indicateurs de progrès utilisés pour **Rapport financier régulier**. Les indicateurs sont à l'origine basés sur des fonds dépensés de commun accord en fonction des progrès. A mesure que le programme prend forme, les rapports glissent vers les indicateurs de niveau supérieur, un plus grand nombre de tests ou de traitement et une meilleure couverture.
- **Rapports annuels** des projets fournissant des actualisations des progrès, des obstacles, des succès et des échecs. Il existe aussi des rapports sur les principaux indicateurs pour chaque catégorie de service et une meilleure couverture. Le Fonds mondial utilise ces actualisations pour faire rapport sur les progrès de l'ensemble de son portefeuille, du nombre de personnes formées, des points de service et des personnes qui bénéficient d'une prévention, de soins et d'un traitement.
- Une date clé dans l'évaluation de la performance est l' **examen de deuxième année**. Il est utilisé pour évaluer si le financement doit être poursuivi pour toute la durée du plan de 5 ans. Il comprendra un rapport complet sur les progrès où les indicateurs seront remis en contexte.

De grandes quantités d'argent étant versées par le Fonds mondial, l'évaluation de la performance veille à garantir une affectation financière correcte qui permettra d'offrir des services de qualité à plus de personnes. Pour la plupart des projets, elle fournit également une plate-forme par laquelle on peut transmettre des preuves des progrès réalisés en interne comme en externe, et justifier le financement permanent.

3. Couverture et indicateurs généraux

Le Fonds mondial ne crée pas de nouveaux indicateurs mais utilise ceux développés et convenus par les partenaires techniques. Toutefois, en tant que Fonds, il doit faire rapport de la couverture de l'ensemble des projets, ce que des indicateurs au niveau national ne permettent pas toujours.

Le Fonds doit démontrer que ses activités améliorent la **couverture** de la prévention, du traitement et des soins. La couverture inclut le **nombre de personnes formées, l'accroissement des points de service et le nombre de personnes touchées par la prévention, les soins et les traitements**. Certains de ces indicateurs sont des indicateurs de processus, de résultat ou d'effet. Ils doivent être intégrés si possible dans les rapports au Fonds mondial, même s'ils ne cadrent pas toujours entièrement avec le plan de S&E.

Couverture	
3	Nombre de personnes touchées par les services
2	Nombre de points de service financés
1	Nombre de fournisseurs de service formés

Les programmes doivent éviter de compter deux fois le même individu dans un domaine de programme/service pendant chaque période de rapport. Toutefois, il est acceptable de compter la même personne dans plusieurs domaines de programme/service (par exemple ART et soins palliatifs). La formation renvoie à une nouvelle formation ou une réorientation des individus et suppose que la formation est organisée selon les normes nationales ou internationales quand elles existent. Les services qui perçoivent des ressources du Fonds mondial doivent être inclus.

Le type de services et de personnes recevant une formation et les services doivent être suivis par projet, sexe, âge, environnement rural/urbain, gouvernement/administration/secteur privé, personnel de santé ou non, etc. Ces renseignements ne parviennent pas régulièrement au Fonds.

De même, plusieurs indicateurs généraux pour les trois maladies ont été identifiés comme importants à suivre. Le tableau récapitulatif ci-dessous présente ces indicateurs. A l'inverse des indicateurs spécifiques à une maladie présentés sous chaque chapitre VIH/SIDA, tuberculose et paludisme, ces indicateurs ne sont pas examinés en profondeur dans les annexes de ce guide, bien qu'ils doivent être mesurés comme un élément de tout projet financé par le Fonds mondial. Ils sont généralement inclus dans les encadrés d'indicateur sous « environnement favorable » dans le formulaire de proposition et le logiciel :

Tableau récapitulatif des indicateurs généraux pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme

Domaine	Indicateur
Renforcement des systèmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnel de projet formé • % du budget consacré à l'infrastructure de santé • % de bénéficiaires du projet (patients) soignés avec précision
Coordination et développement de partenariat	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de réseaux/partenariats impliqués dans le projet
Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de prestataires de service formés au S&E • % du budget général du projet affecté au S&E
Renforcement de la capacité de gestion des achats et des stocks	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de prestataires de services formés aux achats et à la gestion des stocks • % de points de fourniture de service avec suffisamment de médicaments • Coût unitaire des médicaments et matières premières

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

Le guide aide à orienter la candidature, le suivi final et le plan d'évaluation convenu comme une part intégrale d'une subvention, et des rapports qui en découlent. Le guide devrait être utilisé en parallèle avec le **formulaire de proposition/ou logiciel** pour le développement électronique des propositions. Le logiciel vous guide à travers le formulaire de proposition, vous fournissant des listes déroulantes de choix des principaux indicateurs décrits dans ce guide. A mesure que vous complétez le formulaire, vous devez imprimer le guide pour obtenir plus de détails.

Le plan S&E doit s'appuyer sur un projet et des activités nationales existants. A chaque étape, la rubrique « *autre catégorie* » peut être utilisée pour signaler d'autres indicateurs que ceux recommandés et décrits dans ce guide.

Une proposition doit avoir des buts et objectifs clairement définis. En conséquence, les domaines de service à fournir sont également définis avec des indicateurs choisis qui peuvent mesurer les progrès et permettre la rédaction de rapports.

a. Définir les buts et objectifs généraux

Le premier élément important est de clairement définir les buts et objectifs d'un projet et de choisir les indicateurs qui les mesurent.

Les buts généraux seront larges et globaux, par exemple « *réduction de la mortalité due au VIH* », « *réduction du fardeau de la tuberculose* », « *réduction de la transmission du paludisme* ». Pour chaque but, on choisira des **indicateurs d'impact** (dans la liste déroulante dans le logiciel, autre catégorie si nécessaire). Ces buts sont généralement visés par une pluralité d'activités, les programmes nationaux et les collaborateurs, et pas seulement par un projet en particulier.

Les objectifs doivent être clairement décrits pour chaque but. Ils décriront l'intention des programmes pour lesquels un financement est demandé et fournissent un cadre dans lequel les services sont fournis. Parmi les exemples pour les buts évoqués ci-dessus, on citera « *améliorer le taux de survie des personnes atteintes d'une infection grave par le VIH 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* ».

b. Choix des catégories de service et des indicateurs de couverture

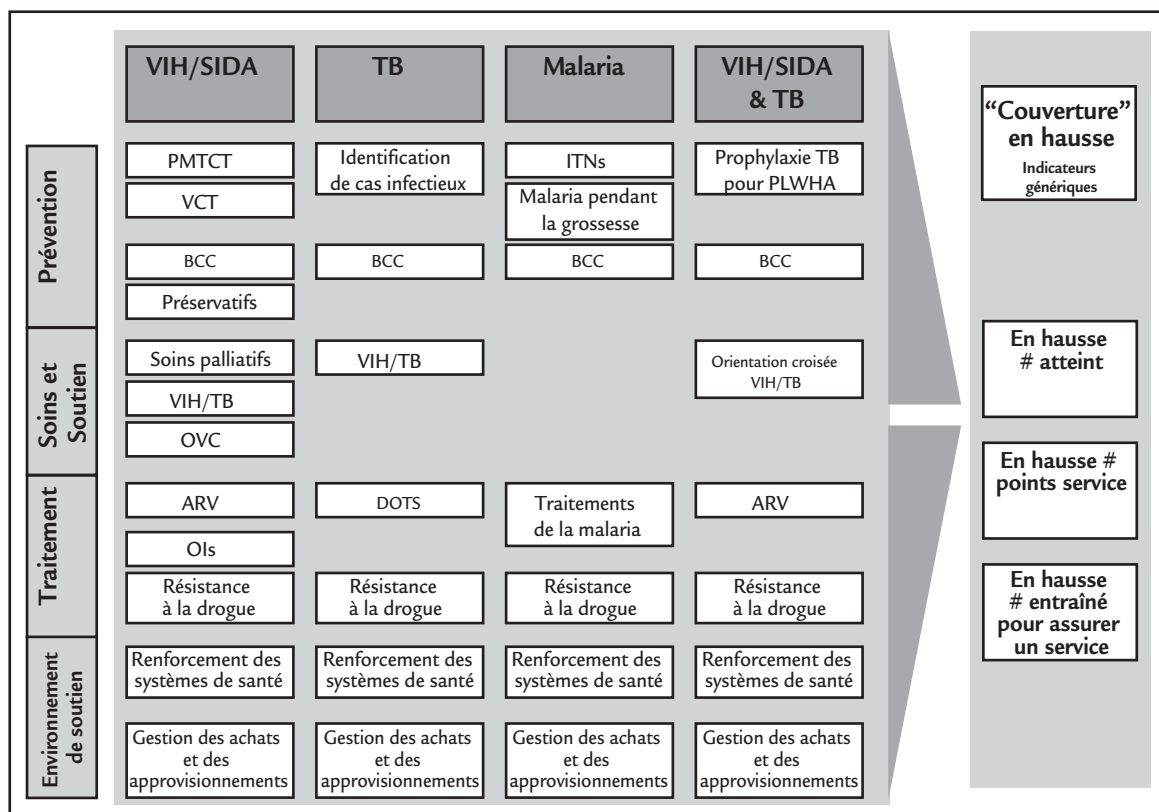
L'essence de l'évaluation de la performance est l'identification des **services clés à fournir**, présenter les objectifs qui peuvent être mesurés et montrer une amélioration de la couverture pour chaque service. Les domaines de catégorie de service sont décrits dans ce guide, par exemple le soutien aux orphelins, le contrôle de la pharmacorésistance TB, la vaporisation résiduelle intérieure contre le paludisme.

Pour chaque domaine de service, des **indicateurs** seront choisis pour les rapports sur les progrès au Fonds mondial. Ils doivent être mesurables et représenter les progrès du projet. Les **objectifs** sont fixés comme base et mesurés sur une période de 5 ans. Le calendrier de la mesure de ces objectifs réguliers doit, autant que possible être conforme aux données existantes et aux systèmes de rapport.

A l'origine, les indicateurs qui sont signalés au Fonds mondial pourront être des indicateurs de faible niveau, le nombre de personne formées, partenaires complets, les plans approuvés et autres **activités** individuelles. A mesure que les domaines de service se précisent, les rapports passeront à des indicateurs de résultat et d'effet plus élevés, au nombre de personnes touchées et traitées. Ils doivent faire état des niveaux de couverture successifs: (1) le nombre de personnes formées à la fourniture du service (2) le nombre de points de service créés et, plus important encore (3) le nombre de personnes touchées par ces services.

La performance essentielle s'appuiera sur la mesure dans laquelle différents indicateurs de niveau de couverture peuvent être évalués, expliqués et vérifiés par rapport aux objectifs convenus. L'exemple ci-dessous montre que la performance est basée sur le choix d'un petit nombre d'indicateurs pour chaque domaine de service, ce qui contribue à la mesure de la couverture générale par rapport à un ensemble d'objectifs (parallèlement à des indicateurs plus précis utilisés pour démontrer un progrès plus général).

Aperçu schématique des domaines de fourniture de services choisis et indicateurs génériques de couverture



Note sur la présentation des indicateurs: les tableaux récapitulatifs pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme donnent un aperçu des indicateurs inclus dans ce guide. Des annexes sont également disponibles et fournissent des descriptions approfondies de ces indicateurs. Pour faciliter les références aux indicateurs entre les tableaux récapitulatifs et les annexes, les indicateurs ont été nommés en fonction de leur domaine d'activité (à savoir, prévention, soins et soutien, ou traitement) et un numéro leur a été attribué (1, 2, 3,...). C'est pourquoi le premier indicateur de prévention est le IP (indicateur de prévention) 1, et ainsi de suite.

Les références ne correspondent pas à des classements quelconques des mêmes indicateurs dans d'autres publications.

VIH/SIDA

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

Les détails sur les indicateurs les plus récents pour les différents programmes ou initiatives se trouvent dans les sources originales citées à la fin de cette section. La matière évolue rapidement mais les partenaires principaux ont convenu d'un certain nombre d'indicateurs principaux et additionnels pour les divers programmes ou initiatives. La récente extension de la thérapie ARV, grâce à l'initiative 3 by 5 de l'OMS et de ses partenaires, a débouché sur certaines directives S&E 3 by 5 et des directives nationales qui concernent la prévention et les soins et le traitement.

Ressources générales

A l'OMS, le département VIH (<http://www.who.int/hiv/en/>) peut fournir une aide très large, dont les dernières publications en matière de S&E dans le domaine de la santé. Plus particulièrement, l'unité Strategic Information and Research (Information stratégique et recherche – SIR) sera utile aux lecteurs.

Outre ces directives et les ressources générales dans le domaine, le site Web du département VIH fournit les dernières informations sur l'initiative 3 by 5 de l'OMS, dont les chiffres les plus récents.

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

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

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

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

Assistance technique

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

Pour des questions spécifiques au sujet du S&E du VIH/SIDA, en particulier l'extension de l'assistance au traitement ARV, une aide peut être obtenue auprès de hivmoniteva@who.int

Tableau récapitulatif pour le VIH/SIDA

	Domaine de fourniture de service	Résultat	Effet
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> Communication de changement comportemental (CCC) – Mass médias Communication de changement comportemental (CCC) – Proximité communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> Programmes radio-tv ou journaux sur le VIH/SIDA produits et distribués* Pairs éducateurs actifs* 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance par les jeunes de la prévention VIH (nombre* et pourcentage) (VIH – IP1)
	<ul style="list-style-type: none"> Education des jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> Offre de formations en dynamique de la vie sur le VIH/SIDA dans les écoles (VIH – IP2) Jeunes exposés à l'éducation VIH/SIDA en milieu scolaire* (en développement) 	<ul style="list-style-type: none"> Débuts sexuels retardés, nombre réduit de partenaires sexuels*** Débuts sexuels retardés, nombre réduit de partenaires sexuels***
	<ul style="list-style-type: none"> Distribution de préservatifs 	<ul style="list-style-type: none"> Préservatifs disponibles au détail et sites de fourniture de service avec stock de préservatifs (VIH – IP3) Préservatifs vendus par le secteur public* Préservatifs vendus par les commerces privés* 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation du préservatif par les jeunes avec des partenaires occasionnels (nombre* et pourcentage) (VIH – IP6)
	<ul style="list-style-type: none"> Programmes pour groupes spécifiques 	<ul style="list-style-type: none"> Travailleurs du sexe et clients exposés aux programmes de proximité* (nombre et pourcentage**) Homosexuels masculins exposés aux programmes de proximité* (nombre et pourcentage**) Populations mobiles exposées aux programmes de proximité* (nombre et pourcentage**) Usagers de drogues par injection atteints par les services de prévention (nombre* et pourcentage) (VIH – IP4) 	<ul style="list-style-type: none"> Usagers de drogues par injection : injections et pratiques sexuelles protégées (nombre* et pourcentage) (VIH – IP5)
	Conseil et test	<ul style="list-style-type: none"> Prévention et point de services de soins* (VIH – IP7) 	<ul style="list-style-type: none"> Femmes terminant la procédure de test et de conseil (VIH – IP8)*
	<ul style="list-style-type: none"> PTME 	<ul style="list-style-type: none"> Services comportant une série minimum de prestations de PTME* (VIH – IP9) 	<ul style="list-style-type: none"> Femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale complète pour réduire le risque de TME (nombre* et pourcentage) (VIH – IP10)
	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic et traitement des IST 		<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge complète des cas d'IST (VIH – IP11)
	<ul style="list-style-type: none"> Prophylaxie post-exposition (PPE) 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnes qui ont reçu une prophylaxie post-exposition * 	
	<ul style="list-style-type: none"> Sécurité sanguine et précautions universelles 		<ul style="list-style-type: none"> Districts avec accès au recrutement de donneurs de sang et centres de transfusion sanguine (IP12) Unités de sang transfusées testées quant à la présence du VIH (VIH – IP13)
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> Traitement antirétroviral (ART) et suivi 	<ul style="list-style-type: none"> Centres de santé en mesure de fournir des soins médicaux préventifs avancés ainsi qu'un traitement aux personnes atteintes du VIH/SIDA (VIH – IT2) 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de personnes ayant une infection à VIH avancée qui reçoivent une thérapie basée sur une association d'antirétroviraux (nombre* et pourcentage) (VIH – IT1)
	<ul style="list-style-type: none"> Prophylaxie et traitement pour infections opportunistes (IO) 	<ul style="list-style-type: none"> Centres de santé avec capacité de fournir des conseils et services médicaux de base en matière de VIH/SIDA (nombre* et pourcentage) (VIH – IT 3) 	

	Domaine de fourniture de service	Résultat	Effet
Soin et soutien	• Aide aux orphelins	<ul style="list-style-type: none"> Familles exposées aux programmes de planification des naissances (nombre et pourcentage*) Nombre de patients VIH+ conseillés* Nombre de repas fournis aux écoles* Nombre d'organisations communautaires qui ont reçu un soutien dans l'aide aux OEV* 	<ul style="list-style-type: none"> Orphelins et autres enfants vulnérables aux VIH/SIDA dont le ménage a reçu une aide gratuite externe (nombre* et pourcentage) (VIH - CS1) OEV recevant des repas (nombre et pourcentage**) Taux de scolarisation des orphelins (VIH - CS2)
	• Aide aux malades chroniques	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'organisations communautaires qui ont reçu un soutien à l'assistance aux personnes atteintes du VIH/SIDA* 	<ul style="list-style-type: none"> Adultes malades chroniques dont le ménage a reçu une aide gratuite externe de base (nombre* et pourcentage)
Environnement de soutien	• Lieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> Grandes entreprises qui ont des politiques et programmes VIH/SIDA sur les lieux de travail (nombre* et pourcentage) (VIH - ES1) 	
	• Renforcement de la société civile	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'ONG travaillant avec des services VIH/SIDA* 	
	• Aide des adultes à l'éducation des jeunes à l'usage du préservatif	<ul style="list-style-type: none"> Aide des adultes à l'éducation des jeunes à l'usage du préservatif 	
	• Stigmatisation	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de groupes de soutien de personnes atteintes du VIH/SIDA luttant contre la discrimination* 	
<p>* Les résultats et effets sont également mesurés comme des «comptages» et peuvent être quantifiés par l'observation directe ou un inventaire annoté. Le guide n'en fournit pas de description détaillée dans les annexes.</p> <p>** Les pourcentages et les nombres («comptages») sont obligatoires. Toutefois, si un dénominateur ne peut être obtenu, l'accent doit être mis sur le «comptage».</p> <p>*** Aucune description détaillée de cet indicateur n'est donnée dans les annexes.</p>			

Une description détaillée de chacun des indicateurs évoqués ci-dessus fait l'objet de l'annexe A et les directives les définissant sont énumérées dans la section ci-dessous («Directives»). Il convient de noter que les indicateurs présentés ci-dessus et dans l'annexe ne sont pas exhaustifs et les lecteurs doivent se reporter aux directives individuelles pour une liste plus complète de tous les indicateurs essentiels et additionnels dans ce domaine.

Produits logiciels

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

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

Directives et références essentielles sur le suivi et l'évaluation

Les principales sources pour les directives ci-dessous sont ONUSIDA, OMS, UNICEF, USAID, CDC, MEASURE et FHI et certains de leurs partenaires.

Les prochaines Directives S&E (2004) de l'OMS et de ses partenaires, outre celles ci-dessous, s'intéresseront aux tests et aux conseils et à la prévention et aux soins intégrés.

Les dernières versions des diverses directives se trouvent sur Internet dans la bibliothèque S&E de l'ONUSIDA à : http://www.unaids.org/EN/in+focus/monitoringevaluation/m_e+library.asp

Par ailleurs, les lecteurs peuvent également visiter les sites des partenaires suivants pour plus de détails dans des domaines spécifiques :

<http://www.who.int>

<http://www.unicef.org>

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

<http://www.fhi.org>

<http://www.cdc.gov>

<http://www.usaid.gov>

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)

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/Publications/Archive/evalchap/index.htm>)

Family Health International (2000). *Behavioural Surveillance Surveys (BSS): Guidelines for Repeated Behavioural Surveys in Populations at Risk for HIV*. Family Health International, Arlington.
(<http://www.fhi.org/en/aids/wwdo/wwd12a.html#anchor545312>)

UNAIDS (2002). *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/MEASURE (2000). *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluation*. UNAIDS, Geneva.
(<http://www.cpc.unc.edu/measure/guide/guide.html>)

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://www1.worldbank.org/hiv_aids/docs/M&E%20Manual.pdf)

WHO (2003). *The Monitoring and Evaluation (M&E) of the 3 by 5 Initiative*. WHO, Geneva.
(<http://www.who.int/3by5/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 ART programmes in the rapid scale-up to 3 by 5*. WHO, Geneva.
(<http://www.who.int/3by5/publications/documents/artindicators/en/>)

WHO/UNAIDS (2004). *National AIDS Programmes: 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 Programmes for Young People (10 to 24 years old)*. WHO, Geneva.
(http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/me_prev_yp/en/)

WHO/UNAIDS/USAID/UNICEF/CDC/UNFPA (2004). *National Guide to Monitoring and Evaluating Programmes for the Prevention of HIV in Infants and Young Children*. WHO, Geneva.
(http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/youngchildren/en/)

Tuberculose

Cette section donne un aperçu des indicateurs de base pour la maîtrise de la tuberculose et présente des ressources supplémentaires pour qui veut approfondir la question du suivi et de l'évaluation de la tuberculose. Les indicateurs sont généraux par nature et conviennent pour le suivi de la maîtrise de la tuberculose, en particulier par l'intermédiaire des programmes nationaux de maîtrise de la tuberculose. Les indicateurs ne répondent pas spécifiquement aux autres besoins d'innovation dans la fourniture des services comme les soins communautaires ou l'engagement du secteur privé. Un recueil des indicateurs de suivi des activités de contrôle de la tuberculose est en préparation au sein du groupe de travail sur les indicateurs dont les partenaires sont énumérés dans les ressources générales. De nombreuses définitions d'indicateurs fournies dans le présent guide sont extraites d'une version préliminaire du recueil et font l'objet d'essais.

Tableau récapitulatif pour la tuberculose

	Domaine de fourniture de service	Résultat	Effet
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des cas d'infection 		<ul style="list-style-type: none"> • Nouveaux cas de détection TB à frottis positif selon DOTS (nombre* et pourcentage) (TB - PI 1)
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Détection à temps et traitement de qualité des cas • Maîtrise de la pharmacorésistance 	<ul style="list-style-type: none"> • Population couverte par DOTS (nombre* et proportion) (TB - TI 1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cas de tuberculose à frottis positif répertoriés selon DOTS qui sont traités avec succès (TB - TI 2) (nombre* et pourcentage) • Nouveaux cas avec frottis positifs répertoriés selon DOTS qui échappent au traitement (nombre* et pourcentage) (TB - TI3)
Environnement de soutien	<ul style="list-style-type: none"> • Quantité et qualité assurée des médicaments et matériels de laboratoire • Renforcement de capacité 	<ul style="list-style-type: none"> • Centres de santé impliqués dans DOTS avec des stocks de médicaments et matériel de laboratoire suffisants • Nombre de centres de santé et laboratoires impliqués dans DOTS avec capacité suffisante pour DOTS 	
<p>* Les résultats et effets sont également mesurés comme des «comptages» de la capacité accrue fournie par rapport à un besoin qui a été estimé comme une condition préalable à un changement; ils peuvent être quantifiés par l'observation directe ou un inventaire annoté. Le guide n'en fournit pas de description détaillée dans les annexes.</p> <p>** Les pourcentages et les nombres («comptages») sont obligatoires. Toutefois, si un dénominateur ne peut être obtenu, l'accent doit être mis sur le «comptage».</p>			

Une description détaillée de chacun des indicateurs évoqués ci-dessus fait l'objet de l'annexe B. Il convient de noter que les indicateurs présentés ci-dessus et dans l'annexe ne sont pas exhaustifs et les lecteurs doivent se reporter aux directives individuelles pour une liste plus complète de tous les indicateurs essentiels et additionnels dans ce domaine.

Ressources générales

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

Contact: cvincent@usaid.gov

Assistance technique

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

Produits logiciels

- WHO logiciel EpiCentre pour gérer les données trimestrielles des rapports
Contact: WHO SEARO (Nani Nair, nairn@whosea.org)
- Electronic TB Register (ETR): un répertoire TB informatisé qui recueille les données individuelles disponibles aux États-Unis auprès du projet « Botusa » en Afrique des U.S. Centers for Disease Control
Contact: Peter Vranken (pbv7@botusa.org).

Directives

- World Health Organization (2002). An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control.
<http://www.who.int/gtb/publications/dots/pdf/TB.2002.297.pdf>
- World Health Organization (1998). Tuberculosis handbook.
<http://www.who.int/gtb/publications/tbhandbook/index.htm>
- World Health Organization (2004). Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2004.
<http://www.who.int/gtb/publications/globrep/index.html>
- World Health Organization (2003). Management of Tuberculosis Training for health facility staff.
http://www.who.int/gtb/publications/training/management_of_tb/pdf/who_cds_tb_2003_314i.pdf
- World Health Organization (1998). Laboratory services in tuberculosis control.
http://www.who.int/gtb/publications/whodoc/who_tb-98-258/en/98.258_org_management.pdf
- World Health Organization (2001). The Use of Indicators for communicable disease control at district level.
http://www.who.int/gtb/publications/indicators/tb_2001_289.pdf
- World Health Organization (2001). Good practice in legislation and regulations for TB control: An indicator of political will. http://www.who.int/gtb/publications/General/TB_2001_290legisl.pdf
- World Health Organization (2000). Guidelines for establishing DOTS-PLUS pilot projects for the management of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB).
<http://www.who.int/gtb/publications/dotsplus/dotspluspilot-2000-279/english/index.htm>
- World Health Organization (1998). Guidelines for conducting a review of a national tuberculosis programme.
http://www.who.int/gtb/publications/whodoc/who_tb_98.240.pdf

TB/VIH

Dans de nombreuses circonstances, la tuberculose est une co-infection commune parmi les personnes atteintes du VIH. Il est donc important de suivre et d'évaluer les efforts de traitement de ces deux maladies. Cette section du guide résume les indicateurs communs utilisés et fournit des références à des documents existants.

Tableau récapitulatif pour TB/VIH

	Résultat	Effet
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> Séroprévalence VIH parmi tous les patients TB (TB-VIH - IP 1) 	<ul style="list-style-type: none"> Traitement d'infection TB latente pour personnes atteintes du VIH (nombre* et pourcentage**) (TB-VIH - IP 2)
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic TB accru parmi les personnes atteintes du VIH/SIDA (TB-VIH - IT 1) Conseil et test pour patients TB (TB-VIH - IT 2) 	<ul style="list-style-type: none"> Offre de thérapie CDT préventive aux patients TB (TB-VIH - IT 3) Offre d'ART aux patients TB pendant un traitement TB (TB-VIH - IT 4)
Environnement de soutien	<ul style="list-style-type: none"> Stock de médicaments et de matériel de laboratoire suffisant Renforcement de capacité Organe de coordination TB/VIH aux niveaux national et sous-national où VIH et TB sont prévalents Planification commune des services VIH et TB Politique VIH orientée TB Politique TB orientée VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de centres de santé associés à DOTS avec stock de médicaments et de fourniture de laboratoire suffisant Nombre de centres de santé et laboratoires associés à DOTS avec capacité suffisante pour DOTS Nombre de centres de santé où les services TB et VIH sont disponibles

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

** Les pourcentages et les nombres (« comptages ») sont obligatoires. Toutefois, si un dénominateur ne peut être obtenu, l'accent doit être mis sur le « comptage ».

Une description détaillée de chacun des indicateurs évoqués ci-dessus fait l'objet de l'annexe C. Il convient de noter que les indicateurs présentés ci-dessus et dans l'annexe ne sont pas exhaustifs et les lecteurs doivent se reporter aux directives individuelles pour une liste plus complète de tous les indicateurs essentiels et additionnels dans ce domaine.

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 à
 - l'expansion DOTS, y compris les sous-groupes sur les laboratoires et le mélange public-privé
 - TB/VIH
 - MDR-TB
- Global Working Group on Indicators – un partenariat entre l'Organisation mondiale de la santé, la Banque mondiale, les U.S. Centers for Disease Control and Prevention, l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (IUATLD), l'Association royale néerlandaise contre la tuberculose (KNCV), U.S. Agency for International Development (USAID) et Measure.

Contact: cvincent@usaid.gov

Assistance technique

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

Directives

- World Health Organization (2003). Guidelines for implementing collaborative TB and HIV programme activities. http://www.who.int/gtb/publications/tb_hiv/2003_319/tbhiv_guidelines.pdf
- World Health Organization (2004). Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (WHO/HTM/TB/2004.342)

Paludisme

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

Tableau récapitulatif pour le paludisme

	Domaine de fourniture de service	Résultat	Effet
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> Moustiquaires traitées à l'insecticide (MTI) 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de moustiquaires, LLN, imprégnées ou kits de ré-imprégnation de moustiquaires distribués* Nombre de moustiquaires ré-imprégnées* Nombre de sites sentinelles créés pour le suivi de la résistance à l'insecticide* 	<ul style="list-style-type: none"> Ménages possédant des MTI (Paludisme - IP1) Enfants de moins de 5 ans utilisant des MTI (Paludisme - IP 2)
	<ul style="list-style-type: none"> Paludisme pendant la grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de moustiquaires, LLN, imprégnées ou kits de ré-imprégnation de moustiquaires distribués* Nombre de moustiquaires ré-imprégnées* Nombre de femmes enceintes suivant un TPI correct* 	<ul style="list-style-type: none"> Femmes enceintes utilisant des MTI (Paludisme - IP 3) Femmes enceintes suivant un traitement préventif intermittent (TPI) comme (Paludisme - IP 4)
	<ul style="list-style-type: none"> Prévision et limitation des épidémies 		<ul style="list-style-type: none"> Epidémie de paludisme détectée et correctement maîtrisée (Paludisme - PI 5)
	<ul style="list-style-type: none"> Vaporisation intérieure supplémentaire 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de maisons et zones vaporisées à l'insecticide* 	
	<ul style="list-style-type: none"> Communication de changement comportemental (CCC) 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de zones visées par les services CCC* 	
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> Traitement antipaludique rapide et efficace 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de patients avec paludisme simple et paludisme compliqué recevant un diagnostic et un traitement corrects* Nombre de centres de santé ne signalant aucune pénurie de médicaments antipaludiques* (Paludisme - IT 2) 	<ul style="list-style-type: none"> Enfants de moins de 5 ans avec accès à un traitement rapide et efficace (Paludisme - IT1) Patients avec paludisme compliqué recevant un traitement correct (Paludisme - IT 3)
	<ul style="list-style-type: none"> Suivi de pharmacorésistance 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de sites sentinelles créés pour le suivi de la résistance aux médicaments antipaludiques* 	
	<ul style="list-style-type: none"> Gestion du paludisme à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de soignants capables de reconnaître les signes et symptômes du paludisme* 	
<p>* Les résultats et effets sont également mesurés comme des «comptages» de la capacité accrue fournie par rapport à un besoin qui a été estimé comme une condition préalable à un changement; ils peuvent être quantifiés par l'observation directe ou un inventaire annoté. Le guide n'en fournit pas de description détaillée dans les annexes.</p> <p>** Les pourcentages et les nombres («comptages») sont obligatoires. Toutefois, si un dénominateur ne peut être obtenu, l'accent doit être mis sur le «comptage».</p>			

Une description détaillée de chacun des indicateurs évoqués ci-dessus fait l'objet de l'annexe D. Il convient de noter que les indicateurs présentés ci-dessus et dans l'annexe ne sont pas exhaustifs et les lecteurs doivent se reporter aux directives individuelles pour une liste plus complète de tous les indicateurs essentiels et additionnels dans ce domaine.

Ressources générales

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

Assistance technique et produits logiciels

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

Directives

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

Généralités

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

Politiques et directives

- WHO. *Management of Severe Malaria: A practical handbook*. 2nd Edition. Geneva 2000. Disponible en ligne: <http://rbm.who.int/docs/hbsm.pdf>.
- WHO. *The Use of Antimalarial Drugs: Report of an Informal Consultation*, Geneva, 13-17 November 2000. Disponible en ligne: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/014/923/use_of_antimalarials.pdf.
- WHO. *Antimalarial Drug Combination Therapy: Report of a WHO Technical Consultation*, Geneva, 4-5 April 2001. Disponible en ligne: http://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://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/016/750/rdt2.pdf.

Gestion des stocks de médicaments

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

Pharmacorésistance

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

Gestion à domicile

- Roll Back Malaria/UNDP/World Bank/WHO TDR. *Scaling up home-based management of malaria: from research to implementation*. 2003. Geneva. *En préparation*.

- Carol Baume. *A Guide to Research on Care-seeking for Childhood Malaria*. Published by the Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project and the Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia, April 2002. Disponible en ligne: <http://www.aed.org/publications/GuideResearch.pdf>.

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

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

Paludisme et grossesse

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

Epidémiologie du paludisme

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

Formation et développement des ressources humaines

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