



Surveillance, Suivi, et Evaluation des Programmes de Lutte contre le Paludisme

Cours en Ligne

2020



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



U.S. President's Malaria Initiative



MEASURE
Evaluation

Surveillance, Suivi, et Evaluation des Programmes de Lutte contre le Paludisme

Cours en Ligne

2020

MEASURE Evaluation
University of North Carolina at Chapel Hill
123 West Franklin Street, Suite 330
Chapel Hill, North Carolina 27516 USA
Phone: +1-919-445-9359
measure@unc.edu
www.measureevaluation.org

Cette publication a été produite avec l'appui de l'Initiative du Président contre le paludisme (PMI), par l'intermédiaire de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), dans le cadre de l'Accord coopératif MEASURE Evaluation AID-OAA-L-14-00004. Cet accord est mis en oeuvre par le Carolina Population Center de l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, avec la collaboration d'ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health, Palladium, et l'Université Tulane. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas forcément les vues de la PMI, de l'USAID, ou du gouvernement des Etats-Unis. MS-20-184_FR

ISBN: 978-1-64232-226-2



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



U.S. President's Malaria Initiative


MEASURE
Evaluation

REMERCIEMENTS

MEASURE Evaluation remercie l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et l'Initiative du président des États-Unis contre le paludisme (PMI) pour le soutien qu'elle apporte à ce travail.

Ce document comprend des informations contenues dans les diapositives du cours en ligne et est destiné à être utilisé comme référence pour les participants au cours en ligne. La version originale de ce document a été écrite par Samantha Herrera, Elizabeth Ivanovich, Yazoumé Yé, et Ashley Garley de MEASURE Evaluation, ICF et publié en 2016. Des mises à jour ont été effectuées par Ismael Nana, Debra Prosnitz, Yazoumé Yé, et Ashley Garley, MEASURE Evaluation, en 2019.

Nous remercions Cindy Young-Turner, ICF, pour l'édition initiale et la mise en forme de ce document de référence. Enfin, nous souhaitons remercier l'équipe de communication de MEASURE Evaluation, à l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, en particulier Elizabeth Robinson pour la version en français, pour ses services de rédaction, de conception et de production.

Photo de couverture : Première photo de la deuxième rangée : Jenn Warren, Population Services International (PSI). Tous les autres : Bonnie Gillespie, Voices for a Malaria-Free Future.

Citation suggérée : MEASURE Evaluation. (2020). Surveillance, Monitoring, and Evaluation of Malaria Programs: Online Course. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina.

TABLE DES MATIÈRES

Module 1: Présentation du Paludisme	1
Objectifs du Module	2
Notions de Base sur le Paludisme	2
La Transmission du Paludisme	2
Les Lieux où le Paludisme est Répandu	3
Le Fardeau du Paludisme	4
Historique des Efforts Faits pour Lutter contre le Paludisme	5
Interventions pour la Prévention et le Contrôle du Paludisme	6
Exemple de Réussite : Zanzibar	8
Contexte Nouveau	9
Évaluation du Module 1	10
Module 2: Utilisation des Données pour la Prise de Décisions dans les Programmes de Lutte contre le Paludisme	12
Objectifs du Module	13
Introduction au Surveillance, Suivi et Évaluation	13
Surveillance	14
Suivi	14
Suivi des Programmes de Lutte contre le Paludisme	14
Évaluation	15
Évaluation des Programmes de Lutte contre le Paludisme	16
Rôle du Suivi et Évaluation dans le Cycle de Vie d'un Programme	16
Utilisation des Données	18
Les Données pour la Prise de Décision	19
Au Niveau des Parties Prenantes	19
Obstacles Courants à l'Utilisation des Données	20
Étude de Cas : Les Obstacles Courants à l'Utilisation des Données	21
Comment Accroître l'Utilisation des Données	23
Exemples de Réussite	24
Évaluation du Module 2	26
Module 3: Introduction à la Surveillance, Suivi et Évaluation des Programmes de Lutte contre le Paludisme	28
Objectifs du Module	29
Principaux Acteurs dans le Suivi et Évaluation des Programmes de Lutte contre le Paludisme	29
Buts et Objectifs du Surveillance, Suivi et Évaluation pour la Lutte contre et la Prévention du Paludisme	30
Indicateurs Communs pour le Surveillance, Suivi et Évaluation des Programmes de Lutte contre le Paludisme	31
Les Défis Liés au Surveillance, Suivi et Évaluation	31
Évaluation du Module 3	34
Module 4: Comment Développer un Plan de Surveillance, Suivi et Évaluation pour les Programmes de Lutte contre le Paludisme	36
Objectifs du Module	37
Qu'est-ce qu'un Plan de SSE ?	37

Fonctions d'un Plan de SSE.....	38
Éléments d'un Plan SSE.....	38
Préparer un Plan de SSE.....	41
Conseils pour la Mise en Œuvre du Plan de SSE.....	42
Rôle de l'Unité de SSE.....	43
Astuces Importantes.....	43
Développer une Déclaration du Problème.....	44
Buts et Objectifs.....	44
Les Objectifs SMART.....	45
La Mise en Action des Objectifs SMART.....	45
Évaluation du Module 4.....	47
Module 5: Les Cadres de Surveillance, Suivi et d'Évaluation pour les Programmes de Lutte contre le Paludisme.....	49
Objectifs du Module.....	50
Qu'est-ce qu'un Cadre de Suivi et Évaluation ?.....	50
Résumé des Différents Cadres de SSE.....	56
Utilisation des Cadres pour la Planification du SSE.....	58
Résumé sur les Cadres.....	58
Évaluation du Module 5.....	59
Module 6: Les Indicateurs pour la Surveillance, le Suivi et l'Évaluation des Programmes de Lutte contre le Paludisme.....	61
Objectifs du Module.....	62
Qu'est-ce qu'un Indicateur ?.....	62
Fonction des Indicateurs.....	63
Caractéristiques d'un Bon Indicateur.....	63
Exemples d'Indicateurs.....	63
La Sélection des Indicateurs pour Votre Programme de Prévention du Paludisme.....	65
Niveaux d'Indicateurs.....	65
L'Opérationnalisation des Indicateurs.....	66
Lier les Indicateurs aux Cadres.....	67
Conseils pour Lier les Indicateurs aux Cadres.....	69
Sources d'Indicateurs sur le Paludisme.....	70
Points Forts et Limites des Indicateurs.....	70
Évaluation du Module 6.....	73
Module 7: Les Sources des Données pour la Surveillance, le Suivi et l'Évaluation des Programmes sur le Paludisme.....	75
Objectifs du Module.....	76
Introduction aux Sources de Données de Lutte contre le Paludisme.....	76
Sources Potentielles des Données.....	77
Types de Données de Base.....	79
Quel type de source de données ?.....	81
Choisir Une Source de Données Appropriée.....	85
Sources de Données : Systèmes d'Information Sanitaire.....	85
Sources de Données : Enquêtes auprès des Etablissements de Santé.....	86
Sources de Données : Enquêtes auprès des Populations.....	87

Sources de Données : Surveillance	88
Sources de Données : Surveillance Sentinelle.....	88
Sources de Données : Les Systèmes de Surveillance Démographique et de Santé.....	89
Exercice Pratique : Scénario 1.....	90
Exercice Pratique : Scénario 2.....	92
Qualité des Données : Pourquoi Est-ce Important ?	94
Dimensions de la Dualité des Données	94
Assurance de la Qualité des Données	94
Lier les Sources de Données	95
Évaluation du Module 7	96
Module 8: Analyse, Interprétation et Présentation des Données sur le Paludisme	98
Objectifs du Module	99
Qu'est-ce que l'Analyse et l'Interprétation ?.....	99
Analyse des Données sur le Paludisme	101
Mesures Communément Utilisées pour l'Analyse	101
L'interprétation des Données.....	106
Interprétation des Graphiques.....	106
Défis Liés à l'Interprétation d'Indicateurs Courants sur le Paludisme.....	107
Présentation Efficace des Données.....	108
Synthèse des Données : Tableau.....	109
Synthèse des Données : Graphiques	109
Synthèse des Données : Graphique Linéaire	110
Présentation des Données	111
Principaux Conseils pour une Bonne Présentation des Données	115
Exemples de Présentation de Données	116
Évaluation du Module 8.....	119
Module 9: Les Éthiques dans la Surveillance, Suivi et Évaluation des Programmes de Paludisme	121
Objectifs du Module	122
Définition de l'Éthique.....	122
Importance de l'Éthique dans la Recherche	122
Les Faits Historiques Qui Ont Inspiré l'Éthique de la Recherche.....	122
Application des Principes	123
Principes Éthiques dans la Rédaction Scientifique	125
Processus d'Approbation Éthique.....	126
Composition d'un Comité d'Éthique	126
Résumé.....	127
Évaluation du Module 9	128
Module 10: Le Leadership dans la Surveillance, Suivi, et Évaluation des Programmes de Paludisme	130
Objectifs du Module	131
Définition de Leadership.....	131
Qui est un Leader ?.....	131
Rôle et Approches d'un Leadership Efficace	131
Rôle du Leadership dans le SSE du Paludisme	132

Rôle du Leadership dans la Gouvernance des Données	133
Évaluation du Module 10	135
Module 11 : La Surveillance des Programmes de Paludisme	137
Objectifs du Module	138
Le Contexte Mondial de la Surveillance du Paludisme.....	138
Concepts de Base	139
Surveillance du Paludisme dans Les Zones de Transmission Élevées et Modérées	143
Surveillance du Paludisme dans les Zones de Transmission Faible	144
Surveillance du Paludisme dans les Zones de Très Faible Transmission	145
Surveillance du Paludisme dans le Contexte d'Élimination	146
Suivi des Facteurs de Risque	147
Évaluation des Performances d'un Système de Surveillance du Paludisme	149
Évaluation du Module 11	150
Module 12: Le Genre dans la Surveillance, Suivi et Évaluation des Programmes de	
Paludisme	153
Objectifs du Module	154
Définition de Genre.....	154
L'Influence Générale du Genre sur le Paludisme	155
Données sur le Genre.....	158
Sources de Données.....	159
Utilisation des Données pour la Prise de Décision.....	159
Évaluation du Module 12.....	161
Références.....	163

FIGURES

Figure 1. Cycle de transmission du paludisme	3
Figure 2. Paludisme dans le monde	3
Figure 3. Estimation de la proportion de décès lié au paludisme.....	4
Figure 4. Les trois piliers de la Stratégie technique modiale de lutte contre le paludisme (OMS)	6
Figure 5. Un exemple d'indicateur suivi tout au long d'un programme	15
Figure 6. Illustration d'évaluation	16
Figure 7. Cycle de vie du programme	17
Figure 8. Exemple d'une matrice des indicateurs	39
Figure 9. Exemple d'une fiche de référence des indicateur	40
Figure 10. Cadre de base pour le suivi et évaluation	50
Figure 11. Cadre Conceptuel : Fardeau du Paludisme.....	52
Figure 12. Exemple de cadre de résultats pour un programme de prévention et de contrôle du paludisme.....	53
Figure 13 : Exemple d'un cadre logique.....	54
Figure 14. Exemple d'un modèle logique.....	55
Figure 15. Niveaux d'indicateurs pour les programmes contre le paludisme	65
Figure 16. Relier les cadres de résultats et les indicateurs	69
Figure 17. Un exemple de flux de données.....	76
Figure 18. Sources de données potentielles pour les programmes de lutte contre le paludisme	77
Figure 19. Proportion de la population à risque avec accès à des MII, 2010-2016.....	99
Figure 20. Exemple de graphique montrant les implications d'un ensemble de données sur le paludisme.....	106
Figure 21. Cas de décès liés au paludisme dans le monde par région OMS de 2010–2016.....	109
Figure 22. Pourcentage d'enfants <5 avec fièvre qui ont pris un antipaludéen, 2015–2017	109
Figure 23. Proportion de la population à risque avec accès à des MII, 2010–2016.....	110
Figure 24. Exemple de graphique à barres pour la comparaison des données sur le paludisme par catégorie	111
Figure 25. Exemple d'histogramme montrant la répartition des cas de paludisme par année	112
Figure 26. Exemple de graphique linéaire montrant les tendances à la baisse du nombre de cas de paludisme.....	112
Figure 27. Exemple de camembert montrant une ventilation des dépenses de lutte contre le paludisme d'un pays.....	113
Figure 28. Exemple de carte montrant la répartition géographique du paludisme dans le monde.....	113
Figure 29. Les principes éthiques du rapport Belmont sur la recherche en santé.....	124
Figure 30. Continuum de l'autorité décisionnelle du leader.....	132

Figure 31. Stratégie technique mondiale contre le paludisme, 2016-2030 (OMS)	139
Figure 32. OMS/(GTS) Orientations opérationnelles de la SSE pour la surveillance du paludisme par zones de transmission	140
Figure 33. Définition standardisée des cas de paludisme.....	141
Figure 34. Comparaison de la surveillance passive et active du paludisme	141
Figure 35. Classifications des cas de paludisme.....	142
Figure 36. Le genre peut influencer sur la transmission du paludisme.....	155
Figure 37. Sources et types de données désagrégées par sexe.....	159
Figure 38. Comment les données de genre soutiennent les programmes de lutte contre le paludisme....	160

TABLEAUX

Tableau 1. Définitions de surveillance, suivi, et évaluation.....	13
Tableau 2. Parties prenantes du programme de lutte contre le paludisme et leurs besoins d'information	19
Tableau 3. Conseils pour préparer un plan SSE	43
Tableau 4. Les quatre cadres SSE.....	58
Tableau 5. Liens entre un modèle logique du paludisme et les indicateurs de programme.....	68
Tableau 6. Une autre façon de montrer les liens entre un modèle logique et des indicateurs.....	68
Tableau 7. Principaux points forts et faibles des SIS dans les pays en développement	85
Tableau 8. Principaux points forts et faibles des enquêtes auprès des établissements de santé dans les pays en Développement	86
Tableau 9. Points forts et points faibles des enquêtes auprès des populations.....	87
Tableau 10. Points forts et points faibles d'un système de surveillance	88
Tableau 11. Points forts et points faibles de surveillance démographique et de santé.....	89
Tableau 12. Caractéristiques d'un contexte de réduction du fardeau du paludisme	143
Tableau 13. Caractéristiques d'un contexte de faible transmission.....	144
Tableau 14. Caractéristiques d'un contexte de très faible transmission	145
Tableau 15. Indicateurs communs pour l'élimination du paludisme.....	147
Tableau 16. Effets et mesure des facteurs environnementaux courants sur la transmission du paludisme.....	148

ABREVIATIONS

AIM	Action et investissement pour vaincre le paludisme 2016–2030 (Action and Investment to Defeat Malaria 2016–2030)
CCC	communication pour le changement de comportement
SBCC	communication communautaire pour l'évolution comportementale et social
CDC	Centres de prévention et de contrôle des maladies (U.S. Centers for Disease Control and Prevention)
CPS	chimioprévention du paludisme saisonnier
CTA	combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
DDT	dichloro-diphényl-trichloroéthane
DHIS2	Logiciel d'information sur la santé du district, version 2 (District Health Information Software, version 2)
DiD	différence de différence
DQA	évaluation de la qualité des données (data quality assessment)
EDS	Enquête démographique et de santé
EIP	Enquête sur les indicateurs du paludisme
IPA	incidence parasitaire annuelle
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MII	moustiquaire imprégnée d'insecticide
MILDA	moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
ODD	Objectifs de développement durable, 2016-2030
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
PfPR	taux de parasites de Plasmodium falciparum
PID	pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide
PMI	U.S. President's Malaria Initiative (l'Initiative du président des États-Unis pour la lutte contre le paludisme (PMI))
PNEP	programme national d'élimination du paludisme
PNLP	programme national de lutte contre le paludisme
PSN	plan stratégique national
RI	résultat intermédiaire
RBM	Partenariat Roll Back Malaria (Faire reculer le paludisme)
RTS,S	RTS, S/AS01

S&E	suivi et évaluation
SET	surveillance de l'efficacité thérapeutique
SIG	système d'information géographique
SIGS	système d'information sur la gestion de la santé
SIMR	surveillance intégrée de la maladies et la riposte
SIS	système d'information sanitaire
SISR	système d'information de santé de routine
SMART	spécifique, mesurable, approprié, réaliste et temporel
OS	objectif stratégique
SP	sulfadoxine-pyriméthamine
SSA	Afrique sub-saharienne
SSDS	système de surveillance démographique et de santé
SSE	surveillance, suivi et évaluation
STM	stratégie technique mondiale
TDR	test de diagnostic rapide
TPIg	traitement préventif intermittent du paludisme durant la grossesse
UN	Nations Unies
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international



MODULE 1 :

PRÉSENTATION DU PALUDISME

MODULE 1 : PRÉSENTATION DU PALUDISME

Ce module fournit une introduction aux concepts de base du paludisme, définit ce qu'est le paludisme et la manière dont il est transmis, l'épidémiologie et le fardeau du paludisme, les efforts déployés au niveau mondial pour lutter contre le paludisme, et une description des principales interventions pour prévenir et lutter contre le paludisme.

Objectifs du Module

À la fin de ce module, vous serez en mesure de :

- Décrire le paludisme et la façon dont elle est transmise.
- Indiquer comment la transmission du paludisme est associée au climat.
- Décrire l'épidémiologie générale du paludisme.
- Décrire le fardeau du paludisme à l'échelle mondiale.
- Décrire les efforts de lutte (control et d'élimination) contre le paludisme au niveau mondial.
- Décrire les différents types d'interventions contre le paludisme.



© Bonnie Gillespie, 2007, Mali

Notions de Base sur le Paludisme

Le paludisme est une infection parasitaire qui est transmise à l'homme par la piqûre du moustique anophèle femelle.

Il existe cinq espèces de parasites qui transmettent l'infection paludéenne aux humains : *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale*, *Plasmodium malariae*, et *Plasmodium knowlesi*. *Plasmodium falciparum* et *vivax* constituent la plus grande menace. *P. falciparum* causant 99.7% des cas estimés de paludisme en Afrique subsaharienne, 62.8% en Asie du Sud-Est, 69% en Méditerranée orientale, et 71.9% et de la région du Pacifique occidental. *P. vivax* représente 74% des cas de paludisme dans les Amériques, (*Rapport mondial sur le paludisme 2018*).

Les moustiques se nourrissent principalement et vivent à l'intérieur des maisons ; c'est en fin de soirée qu'ils piquent le plus. Ils se reproduisent dans les eaux douces peu profondes, comme les mares d'eau.

Tout le monde est vulnérable à l'infection au paludisme ; toutefois, les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans sont ceux qui supportent la plus lourde charge du paludisme. Les enfants de moins de cinq ans sont vulnérables parce qu'ils n'ont pas encore développé une immunité protectrice contre les formes les plus graves de la maladie. Les femmes enceintes et leurs nouveau-nés sont aussi vulnérables, puisque le paludisme peut augmenter le risque d'avortement spontané et le risque pour l'enfant d'avoir un poids faible à la naissance, ainsi que le décès de la mère et du nouveau-né.

La Transmission du Paludisme

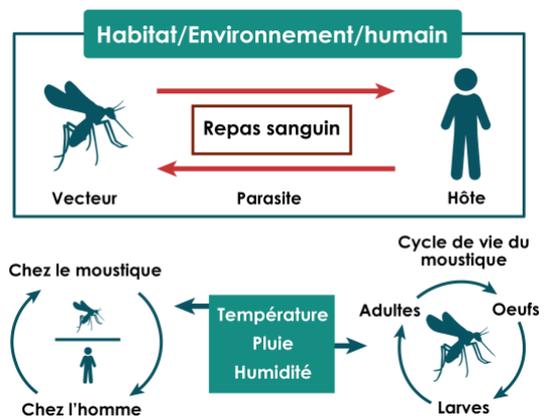
Une personne est atteinte de paludisme après avoir été piquée par un moustique anophèle femelle infecté avec un des parasites Plasmodium. Le parasite pénètre dans le flux sanguin humain et va se loger dans le foie. Dans le foie, le parasite mûrit et se reproduit avant d'être relâché dans le flux sanguin. Cette période de temps est appelée la période d'incubation, pendant laquelle l'être humain ne montre aucun symptôme.

L'apparition des symptômes survient généralement 9 à 30 jours après qu'une personne ait été piquée par un moustique infecté.

Il existe de nombreux facteurs liés au vecteur, au parasite, à l'être humain, et à l'environnement qui influent sur la transmission du paludisme. Par exemple, la transmission est fortement dépendante des conditions climatiques, telles que la quantité et le régime/répartition des précipitations dans une zone, la température et l'humidité.

La transmission est saisonnière dans de nombreux endroits, ce qui signifie qu'elle se produit uniquement ou survient plus fréquemment durant certaines périodes de l'année et pas nécessairement durant toute l'année. Il y a souvent un pic de transmission pendant et juste après la saison des pluies. En outre, la transmission peut varier à l'intérieur d'un pays, avec certaines zones touchées tout au long de l'année, de façon saisonnière ou ne pas varier du tout. Enfin, la transmission peut varier d'une année à l'autre dans un lieu donné. Par conséquent, le suivi de la transmission est très complexe et nécessite des informations concernant un grand nombre des facteurs décrits ci-dessus, y compris les précipitations, la température et l'humidité, entre autres. L'altitude est un autre facteur qui influe sur la transmission. La transmission du paludisme ne se produit pas à de hautes altitudes.

Figure 1. Cycle de transmission du paludisme

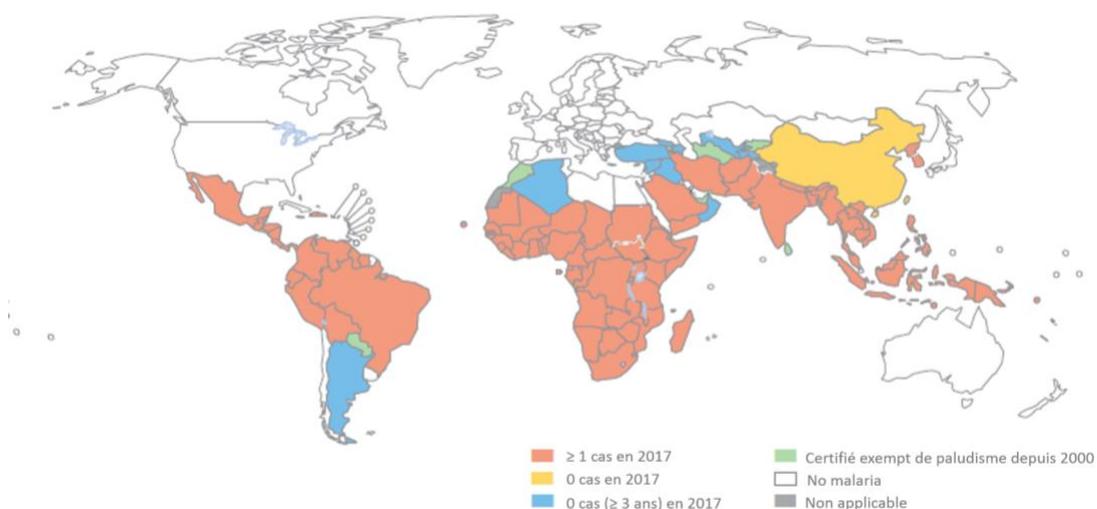


© Cours régional SSE de paludisme, 2017

Les Lieux où le Paludisme est Répandu

Le paludisme est répandu dans les régions tropicales et subtropicales et est présent dans toute l'Amérique centrale et du Sud, l'Afrique subsaharienne, l'Est de la Méditerranée, et l'Asie. Il existe actuellement 87 pays dans lesquels le paludisme est endémique, où la transmission est continue. Parmi les pays affectés par le paludisme, 10 restent sur la bonne voie pour atteindre leurs objectifs d'élimination en 2018.

Figure 2. Paludisme dans le monde

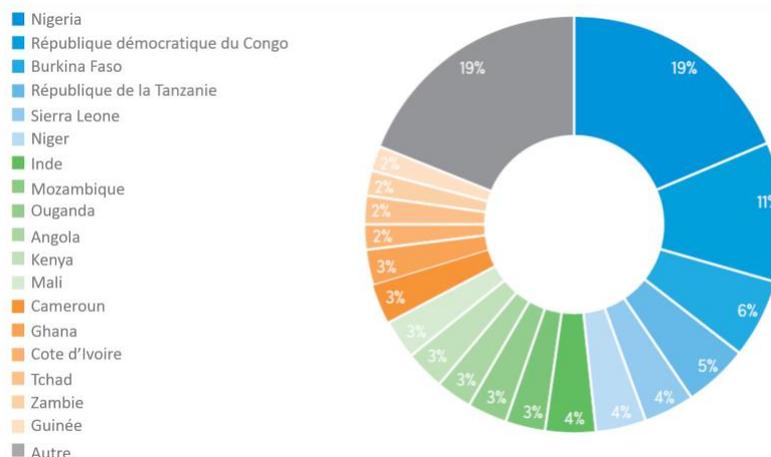


Source : Rapport mondial sur le paludisme, 2018

Le Fardeau du Paludisme

La moitié de la population mondiale (3,2 milliards d'habitants) est exposée au paludisme. En 2017, il y avait environ 219 millions de cas de paludisme dans le monde et près de 435 000 décès dus au paludisme. Quinze pays, tous situés en Afrique subsaharienne, à l'exception de l'Inde, supportent 80% du fardeau mondial du paludisme.

Figure 3. Estimation de la proportion de décès lié au paludisme



Source : Rapport mondial sur le paludisme, 2018

La majorité du fardeau du paludisme se trouve en Afrique subsaharienne, représentant environ 92% des cas de paludisme et 93% des décès dus au paludisme. On estime que 74% de la population vit dans des zones fortement épidémiques et 19% dans des zones exposées aux épidémies.

Les coûts économiques du paludisme sont énormes. On estime que le paludisme provoque une perte de 1,3 % du taux de croissance du produit intérieur brut (PIB) par an en Afrique. En outre, il en résulte un total de 12 milliards de dollars en pertes directes par an. Environ 40 % des dépenses de santé publique sont allouées à la lutte contre le paludisme en Afrique. Un ménage moyen dépense plus de 10 % de son revenu annuel pour la prévention et le traitement du paludisme.

La stratégie technique mondiale pour le paludisme prévoit 6,5 milliards de dollars par an pour atteindre les objectifs mondiaux de lutte contre le paludisme et d'élimination de la maladie. Cependant, des manques à gagner considérable dans le financement rendent impossible l'atteinte de ces objectifs. En 2016, seulement 2,7 milliards de dollars de contributions mondiales ont été reçues, laissant un déficit de 3,8 milliards de dollars.

En raison de l'expansion des interventions de prévention et de contrôle du paludisme au cours des 17 dernières années, et particulièrement dans les 10 dernières années, le fardeau du paludisme a diminué de façon générale dans le monde entier. En effet au niveau mondial, le nombre de cas de paludisme est estimé à 219 millions en 2017 contre 237 millions en 2010 soit une réduction de 18 millions de cas. L'incidence du paludisme est estimée en baisse de 18 % ; elle passe en effet de 76 cas de paludisme pour 1,000 habitants exposés au risque de paludisme en 2010 à 59 pour 1 000 en 2017. La région Asie du Sud-Est de l'OMS enregistre la baisse de 59 %, mais dans la région Amériques, l'incidence du paludisme a augmenté à cause d'une transmission accrue au Brésil, au Nicaragua, et au Venezuela. La région Afrique reste à 219 cas pour 1000 habitants exposés au risque pour la deuxième année consécutive. Entre 2000 et 2017, les taux de mortalité due au paludisme ont diminué de façon significative.

Historique des Efforts Faits pour Lutter contre le Paludisme

Afin de comprendre les efforts pour lutter contre le paludisme aujourd'hui, il est important de faire l'historique de la maladie et les efforts antérieurs pour la contrôler et l'éradiquer.

C'est à partir de 1955 que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé la campagne d'éradication du paludisme dans le monde. La campagne a réussi à éliminer le paludisme dans un certain nombre de pays, mais n'a pas réussi à atteindre son objectif ultime d'éradication à l'échelle mondiale. En moins de deux décennies, il a toutefois été reconnu qu'un programme d'éradication de durée limitée n'était pas pratique pour tous les pays et l'objectif du programme est passé de l'éradication à la lutte antipaludique.

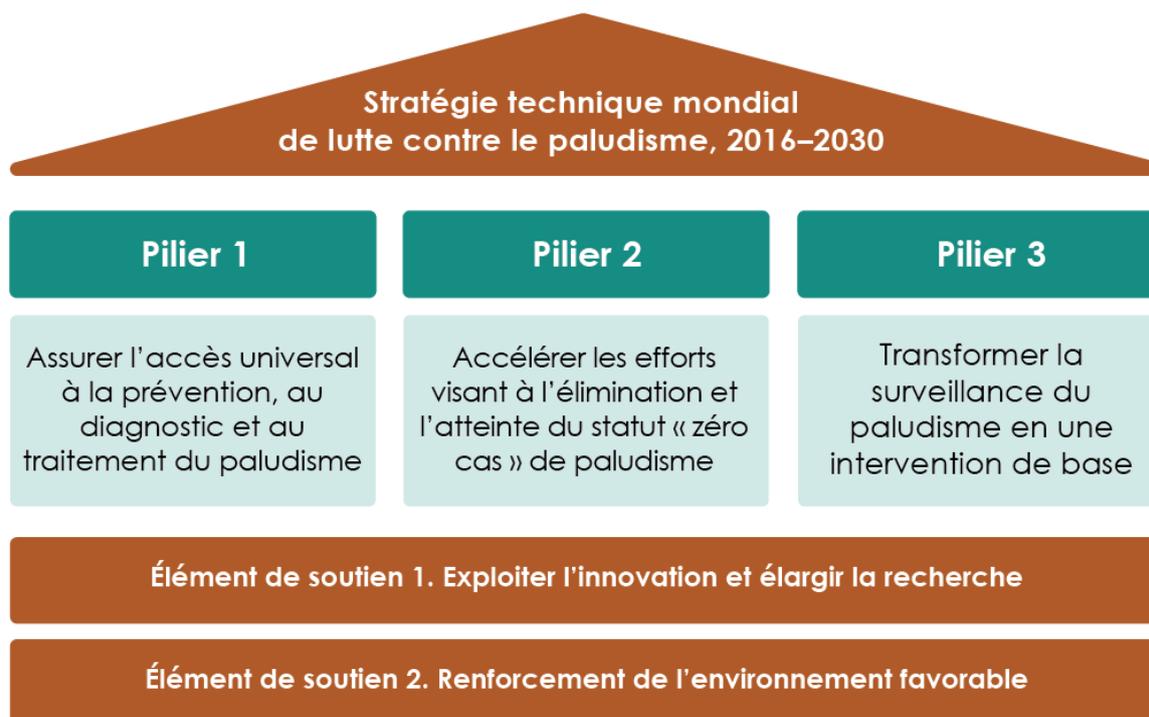
Durant les années 1970 et 1980, le paludisme a reçu très peu d'attention. Il est réapparu comme une question majeure de santé au niveau international dans les années 90. Avec un nouvel objectif de se concentrer sur la lutte contre le paludisme, une stratégie mondiale en matière de lutte antipaludique a été adoptée en 1992. Le partenariat Roll Back Malaria (Faire reculer le paludisme), créé en 1998, est le cadre global pour la mise en œuvre d'une action coordonnée contre le paludisme.

En 2000, la déclaration d'Abuja a été signée par 44 pays touchés par le paludisme en Afrique pour signifier leur engagement à poursuivre les efforts pour réduire de moitié la mortalité due au paludisme en Afrique d'ici 2010. Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont également été créés cette année-là, avec l'OMD 6 reflétant l'intensification des efforts faits pour contrôler le paludisme. L'OMD 6 a entraîné une diminution de l'incidence du paludisme de 37% dans le monde et le taux de mortalité de 60%. Cependant, d'importants goulots d'étranglement persistent pour permettre un accès complet à la prévention du paludisme, aux tests de diagnostic et au traitement, principalement en Afrique subsaharienne.

Pour tirer profit du succès des OMD en septembre 2015, les dirigeants du monde ont adopté 17 objectifs de développement durable (ODD) ; les objectifs 3.1 et 3.2 sont axés sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans le monde.

Dans la même dynamique en 2015, l'OMS a adopté une stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016–2030 (GTS) fournissant un cadre global permettant aux pays d'élaborer des programmes adaptés pour accélérer l'élimination du paludisme. La stratégie repose sur trois piliers :

Figure 4. Les trois piliers de la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme (OMS)



Conformément à ces piliers, RBM a élaboré un document opérationnel comportant des étapes important et des objectifs appelés Action et investissement pour vaincre le paludisme 2016–2030 (AIM). Toutes ces initiatives sont à l'origine de l'augmentation des efforts consentis à la lutte contre le paludisme au cours des 15 dernières années, parmi ces initiatives on peut citer, l'Initiative du président des États-Unis contre le paludisme (PMI), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Fondation Bill & Melinda Gates et le Banque mondiale, entre autres.

Interventions pour la Prévention et le Contrôle du Paludisme

Les efforts de contrôle et de prévention du paludisme portent essentiellement sur la réduction du contact entre l'homme et les moustiques, la réduction du nombre de personnes infectées, et la réduction de la population de moustiques à travers les mesures de lutte anti-vectorielle.

Les stratégies les plus efficaces utilisées dans le monde sont la lutte antivectorielle, la chimioprévention, la gestion des cas et la surveillance du paludisme. La lutte antivectorielle empêche les moustiques d'acquérir ou de transmettre une infection grâce à l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ou moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) et la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides (PID).

La chimioprévention supprime et prévient les infections chez l'homme à travers le traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes (TPI) et la chimioprévention saisonnière (CPS). Enfin, la gestion des cas, détecte, diagnostique, traite et soigne les infections en utilisant des tests de diagnostic sûrs et rapides ainsi que des traitements efficaces et rapides. Etant donné la singularité du contexte de chaque



pays en matière de paludisme, la combinaison et/ou le focus des interventions varie en fonction de ce qui est le plus approprié à son contexte particulier. La surveillance du paludisme détecte et examine toutes les infections paludéennes pour prévenir les infections secondaires.

Les Moustiquaires Imprégnées d'insecticide (MII)

Les moustiquaires imprégnées d'insecticide et les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action permettent de réduire le contact homme-moustique en fournissant une couche de protection entre le moustique et l'homme pendant la soirée, quand les moustiques se nourrissent habituellement. Lorsqu'elles sont utilisées correctement et de façon systématique, les MIIs réduisent de 17 % la mortalité toutes causes confondues et de 50 % le nombre de cas de paludisme en cas de couverture totale. La principale différence entre les MIIs et MILDAs est que les MILDA ont une durée d'efficacité d'au moins 3 ans, tandis que les MIIs sont généralement efficaces pour 12 mois.

La Pulvérisation Intra-domiciliaire d'insecticides à Effet Rémanent

La pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides à effet rémanent consiste à pulvériser les murs intérieurs et les plafonds des maisons avec des insecticides pour réduire le contact homme-moustique. Lorsque le taux de couverture de la pulvérisation intra-domiciliaire est élevé, l'ensemble de la communauté voit sa protection renforcée, y compris les ménages dont les logements n'ont pas été pulvérisés.

Le Traitement Préventif Intermittent

Le traitement préventif intermittent pour femmes enceintes consiste à administrer à toutes les femmes enceintes une dose d'un médicament antipaludique (actuellement la sulfadoxine-pyriméthamine) pendant la grossesse afin de prévenir et contrôler le paludisme. Il est recommandé de donner le TPI aux femmes enceintes pendant les visites prénatales de routine au début du deuxième trimestre, et les doses doivent être prises à au moins 1 mois d'intervalle.

Chimio-Prévention Saisonnière (CPS)

L'objectif c'est de prévenir l'infection pendant les périodes de haute transmission en administrant du SP+AQ (sulfadoxine pyriméthamine + amodiaquine) aux enfants de 3 à 59 mois chaque mois, pour un maximum de 4 doses. La distribution se fait principalement de porte-à-porte dans la plupart des pays.

Prise en Charge des Cas de Paludisme

La prise en charge efficace des cas de paludisme implique d'assurer l'accès aux tests de diagnostic et à un traitement efficace et en temps opportun. La confirmation parasitologique rapide soit par microscopie ou les tests de diagnostic rapides, est recommandé chez tous les patients suspectés d'avoir le paludisme avant le début du traitement. Un traitement rapide et efficace implique de recevoir un traitement antipaludique dans les premières 24 heures après l'apparition des symptômes de paludisme. Le meilleur traitement disponible, en particulier pour le paludisme causé par le *Plasmodium falciparum*, est la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine, communément appelée CTA.

Surveillance du Paludisme

La surveillance été adopter comme une d'intervention de lutte contre le paludisme à part entière. Elle a but de détecter toutes les infections du paludisme, d'enquêter sur chaque cas d'infection, d'assurer que chaque cas détecté est traité rapidement afin de prévenir les infections secondaires. Cela permet de suivi

les maladies, de répondre de façon programmatique tout en prenant les décisions en fonction des données recueillies.

Autres Interventions

Les vaccins antipaludiques tel que le vaccin RTS,S sont actuellement en cours de développement et d'essai dans divers pays. L'administration en masse de médicament, le dépistage et le traitement de masse du paludisme, la surveillance de l'efficacité thérapeutique, le test de réaction en chaîne de la polymérase (PCR) et le traitement larvicide sont également en cours de développement.

Exemple de Réussite : Zanzibar

À ce jour, Zanzibar représente l'une des plus grandes réussites en matière de lutte contre le paludisme en Afrique subsaharienne. Pendant de nombreuses années, le paludisme a été le premier problème de santé publique à Zanzibar. La transmission du paludisme y était continue et stable, avec des pics saisonniers pendant et immédiatement après la saison des pluies. En 2003, le paludisme représentait 52 % des cas d'hospitalisations et 53 % des décès parmi les patients hospitalisés. La résistance aux médicaments était élevée, avec un taux d'échec de traitement d'environ 60 %.

Au cours de la dernière décennie, l'île de Zanzibar a connu un déclin rapide du fardeau du paludisme dans sa population. La prévalence du paludisme sur l'île a chuté d'un taux aussi élevé que 70 % à un taux de moins de 1 % depuis 2010. L'accélération de la baisse est attribuable à la mise à l'échelle considérable des actions de prévention et de lutte contre le paludisme.



© Bonnie Gillespie, Voices for a Malaria-Free Future

En 2003, le Ministère de la Santé et du Bien-être Social a changé les directives en matière de traitement du paludisme en passant de la chloroquine et la sulfadoxine-pyriméthamine à la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine qui est beaucoup plus efficace. Ce traitement était mis à disposition gratuitement dans tous les établissements de santé publics en 2003, augmentant considérablement l'accès au traitement contre le paludisme. Les tests de diagnostic rapide (TDRs) étaient également disponibles dans les établissements de santé en 2007, élargissant davantage la couverture des tests de diagnostic.

En outre, il y a eu une distribution généralisée des MILDAs et plusieurs campagnes de PID ont été menées. Ces efforts ont abouti à des augmentations spectaculaires de la couverture par les MII et la PID, et l'île a atteint avec succès l'accès universel aux moustiquaires imprégnées d'insecticide. Un système solide de surveillance, de suivi et d'évaluation, conçu et mis en œuvre par le Programme d'élimination du paludisme de Zanzibar (ZAMEP), a permis de mieux maîtriser et réduire le paludisme. L'histoire de Zanzibar démontre qu'il est possible de réussir à contrôler et à réduire le fardeau du paludisme en Afrique, lorsque la couverture à grande échelle des principales interventions de lutte contre le paludisme est conjuguée à une bonne volonté politique et l'appui des donateurs. Grâce à ces efforts et les réussites, Zanzibar est passée d'un programme de lutte contre le paludisme à celui qui est désormais axé sur l'élimination du paludisme.

Contexte Nouveau

Des progrès importants ont été accomplis, tels que l'augmentation considérable de la couverture des interventions, la réduction de la charge de paludisme, l'accroissement de la surveillance, la localisation de la transmission dans le pays et la poursuite du programme d'élimination ont été réalisés. De nouvelles interventions ont également été ajoutées à la suite pour aider à lutter contre le paludisme. Pourtant, il y a encore des problèmes qui freinent les progrès. Parmi ces défis, nous avons :

- Emergence de la résistance des parasites aux antipaludiques (artémisinine et autres) et de la résistance des moustiques aux insecticides
- Découverte de nouveau type de moustiques exophiles
- Mauvaise performance du système de santé
- Manque de financement international et national durable et prévisible
- Fourniture de services perturbée en raison de facteurs naturels (pluie excessive ou tremblement de terre), de conflits et de crises politiques
- Régimes climatiques anormaux

Malgré les efforts déployés, le financement mondial consacré à la lutte antipaludique et à son élimination est encore insuffisant. Tant que le manque à gagner de 3,8 milliards de dollars n'est pas comblé, il sera difficile de progresser vers l'élimination du paludisme.

Des progrès importants ont été réalisés en matière interventions de lutte contre le paludisme avec de nouvelles interventions telles que la surveillance pour aider à lutter contre le paludisme. Malgré ces efforts, beaucoup reste à faire, non pas parce que les interventions sont inefficaces, mais du fait qu'il n'y a toujours pas suffisamment de financement mondial pour lutter contre le paludisme et l'éliminer. A moins que les mécanismes de financement ne jugulent le déficit à 3,8 milliards de dollars qui existe, il sera difficile d'éliminer le paludisme.

Évaluation du Module 1

Questions

Les réponses correctes sont fournies à la page suivante.

1. Quelles sont les espèces de parasites porteurs du paludisme les plus répandus en Afrique subsaharienne ?
 - a. *Plasmodium malariae*
 - b. *Plasmodium falciparum*
 - c. *Plasmodium vivax*
 - d. *Plasmodium ovale*
2. Quels sont les groupes les plus à risque d'être infectés par le paludisme ? (Sélectionner toutes les réponses possibles.)
 - a. Enfants de moins de 5 ans
 - b. Hommes âgés de 18 ans et plus
 - c. Femmes enceintes
 - d. Enfants âgés de 15-18 ans
 - e. Femmes âgées de 15-49 ans
3. Lequel de ces facteurs affecte le risque de transmission du paludisme ?
 - a. Humidité
 - b. Température
 - c. Pluie
 - d. Les trois
4. Quelle région supporte-t-elle le fardeau le plus lourd du paludisme ?
 - a. Asie du Sud-Est
 - b. Est de la Méditerranée
 - c. Afrique
 - d. Amérique latine et les Caraïbes
5. Laquelle des méthodes ci-dessous *n'est pas* une des principales stratégies de prévention et de contrôle du paludisme ?
 - a. Utiliser les moustiquaires imprégnées d'insecticide
 - b. Donner des médicaments antipaludiques aux femmes enceintes qui sont à risque de contracter le paludisme
 - c. Pulvériser l'extérieur des maisons avec les insecticides
 - d. Pulvériser les murs intérieurs des ménages avec les insecticides
6. Juguler les 3,8 milliards de dollars déficit dans le financement des interventions de lutte contre le paludisme aiderait à atteindre l'élimination du paludisme.

Vrai ou faux

Les Réponses Correctes

1. Quelles sont les espèces de parasites porteurs du paludisme les plus répandus en Afrique subsaharienne ?

b. *Plasmodium falciparum*

En Afrique subsaharienne, le paludisme est principalement causé par le *Plasmodium falciparum*, bien que *P. ovale* et *P. malariae* y soient également présents.

2. Quels sont les groupes les plus à risque d'être infectés par le paludisme ? (Sélectionner toutes les réponses possibles.)

a. Enfants de moins de 5 ans

c. Femmes enceintes

Tout le monde est vulnérable à l'infection au paludisme; toutefois, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont ceux qui portent le plus lourd fardeau du paludisme.

3. Lequel de ces facteurs affecte le risque de transmission du paludisme ?

d. Les trois

La transmission est fortement dépendante des conditions climatiques tels que la quantité et la répartition des précipitations dans une zone, la température et l'humidité.

4. Quelle région supporte-t-elle le fardeau le plus lourd du paludisme ?

c. Afrique

La majorité de la charge du paludisme se trouve en Afrique sub-saharienne. On estime que 74 % des personnes vivant en Afrique vivent dans des zones qui sont fortement endémiques et 19 % de la population vit dans des zones à potentiel épidémique.

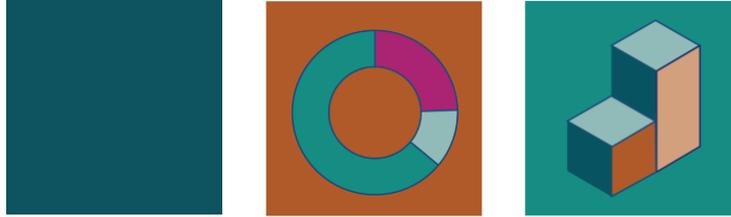
5. Laquelle des méthodes ci-dessous n'est pas une des principales stratégies de prévention et de contrôle du paludisme ?

c. Pulvériser l'extérieur des maisons avec les insecticides

Les principales méthodes de prévention comprennent les moustiquaires imprégnées d'insecticide ou moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, la pulvérisation résiduelle intérieure des ménages, le traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes, et un traitement rapide et efficace avec des médicaments antipaludéens.

6. Juguler les 3,8 milliards de dollars déficit dans le financement des interventions de lutte contre le paludisme aiderait à atteindre l'élimination du paludisme.

Vrai



MODULE 2 :

UTILISATION DES DONNÉES POUR LA PRISE DE DÉCISIONS DANS LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

MODULE 2 : UTILISATION DES DONNÉES POUR LA PRISE DE DÉCISIONS DANS LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Ce module couvre le but et la portée des activités de surveillance, suivi et évaluation (SSE) spécialement pour les programmes de lutte contre le paludisme et l'importance de l'utilisation des données pour guider la prise de décisions.

Objectifs du Module

À la fin de ce module, vous serez en mesure de :

- Identifier le but et la portée de la SSE.
- Décrire l'importance de l'utilisation des données pour guider les décisions.
- Identifier les stratégies pour surmonter les obstacles et assurer que les données liées à la santé soient utilisées pour prendre les décisions.



© Jenn Warren, Population Services International (PSI)

Introduction au Surveillance, Suivi et Évaluation

La Surveillance, Suivi et Évaluation désigne le processus par lequel les données sont recueillies et analysées en vue de fournir les informations nécessaires pour la planification et la gestion efficace d'un programme.

Tableau 1. Définitions de surveillance, suivi, et évaluation

Surveillance	Suivi	Évaluation
Démarche systématique et continue d'évaluation de la santé de la population focalisée sur l'amélioration des informations collectées pour une prise de décision	Implique le suivi régulier des progrès de la mise en œuvre des activités d'un programme et les changements dans la performance du programme au fil du temps. Il peut être considéré comme un contrôle continu de la mise en œuvre des activités d'un programme. Le but du suivi est de permettre aux parties prenantes du programme de comprendre si le programme est en course pour atteindre ses objectifs et si ses ressources sont en train d'être utilisées de manière efficace.	A pour intention de déterminer dans quelle mesure les activités du programme ont atteint leurs objectifs escomptés et/ou si les changements observés peuvent être attribués au programme. L'évaluation est le processus permettant de déterminer la valeur ou l'importance d'un programme ou d'une intervention.

Question

Est-ce un suivi ou une évaluation ? Un directeur de programme au Ghana est intéressé à savoir si étendre la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) et la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides (PID) à effet rémanent dans la région du Nord a eu un impact sur le nombre de cas de paludisme détectés dans les établissements de santé dans la région.

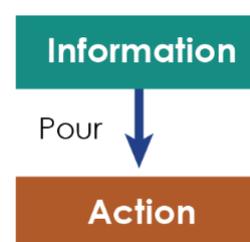
- Suivi
- Évaluation

Réponse : Évaluation. Le Directeur veut savoir l'impact que le programme a eu sur la réduction des cas de paludisme dans la région ; ce qui est mieux mesuré par une évaluation. Le suivi examine le progrès d'un programme et sa mise en œuvre, et non son impact de votre programme.

Surveillance

Un processus systématique et continu comprenant quatre activités principales :

- La collecte de données pertinentes
- Agrégation et tabulation des données
- Analyser et interpréter les données
- Diffuser et utiliser les données et les résultats



La surveillance répond à la question : Que suivons-nous ? Certains exemples sont des événements liés aux programmes de santé (morbidité, mortalité, efficacité des médicaments, efficacité des insecticides, etc.)

Suivi

Le suivi vise à établir si les ressources investies (inputs ou intrants), les activités entreprises, la qualité de ces activités (processus), et le nombre d'activités exécutées (extrants) se déroulent selon le plan. Le Suivi comprend la collecte et l'analyse régulière des données pour aider à la prise de décisions en temps opportun, à guider la planification et la gestion de programme, à assurer la redevabilité et enfin, à fournir une base pour l'évaluation et l'apprentissage.

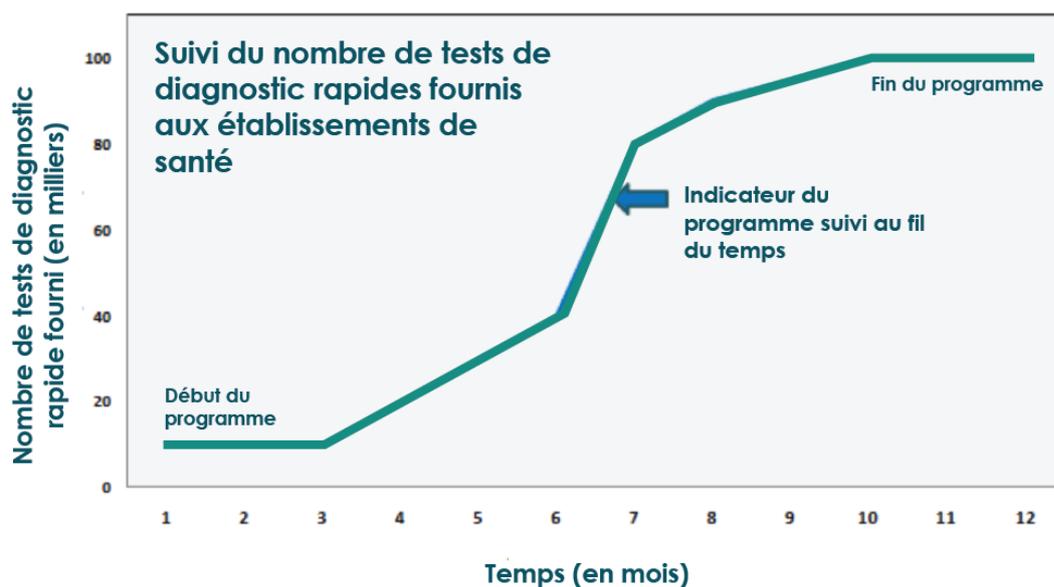
Le suivi peut aider à répondre à des questions telles que :

- Est-ce que le programme était mis en œuvre comme prévu ?
- Est-ce que les activités du programme sont mises en œuvre de la même façon à travers les différents sites ?
- Est-ce que les ressources du programme sont utilisées de façon efficiente ?

Suivi des Programmes de Lutte contre le Paludisme

Ce graphique est une illustration de ce à quoi ressemble le suivi au cours de la durée de vie d'un programme. Il montre comment un indicateur de programme, par exemple, le nombre de tests de diagnostic rapide fournis aux centres de santé, est suivi dans le temps—depuis le début d'un programme jusqu'à la fin.

Figure 5. Un exemple d'indicateur suivi tout au long d'un programme



Il y a un certain nombre de composantes de programmes de lutte contre le paludisme qui peuvent être suivis au fil du temps. Les activités les plus couramment conduites dans le cadre du suivi d'un programme de lutte contre le paludisme sont les suivantes :

- Assurer le suivi du nombre de MIIs qui ont été distribuées par le Programme National de Lutte contre le Paludisme.
- Collecte de données à partir d'établissements de santé sur le nombre d'enfants de moins de cinq ans ayant le paludisme, qui ont reçu un traitement rapide et adéquat.
- Examen des registres médicaux pour suivre le nombre de femmes enceintes qui ont reçu au moins deux doses de traitement préventif intermittent (TPI) pendant leurs grossesses.

Évaluation

L'évaluation est un processus qui vise à déterminer aussi systématiquement et objectivement que possible : la pertinence des objectifs, l'efficacité des ressources utilisées, l'efficacité de la conception et mise en œuvre du programme, la valeur ajoutée du programme, la durabilité des résultats et/ou l'impact d'un programme ou d'une intervention. L'évaluation vise à fournir de précieuses données de gestion, à juger de la valeur d'une intervention et à offrir des leçons pour des programmes ou des politiques dans le futur.

L'évaluation peut aider à répondre à des questions telles que :

- La mise en œuvre du programme a-t-elle mené à une amélioration de l'état de santé de la population cible ?
- Le programme a-t-il permis d'améliorer l'accès aux services de santé au sein de la population cible ?
- Le programme était-il rentable ?

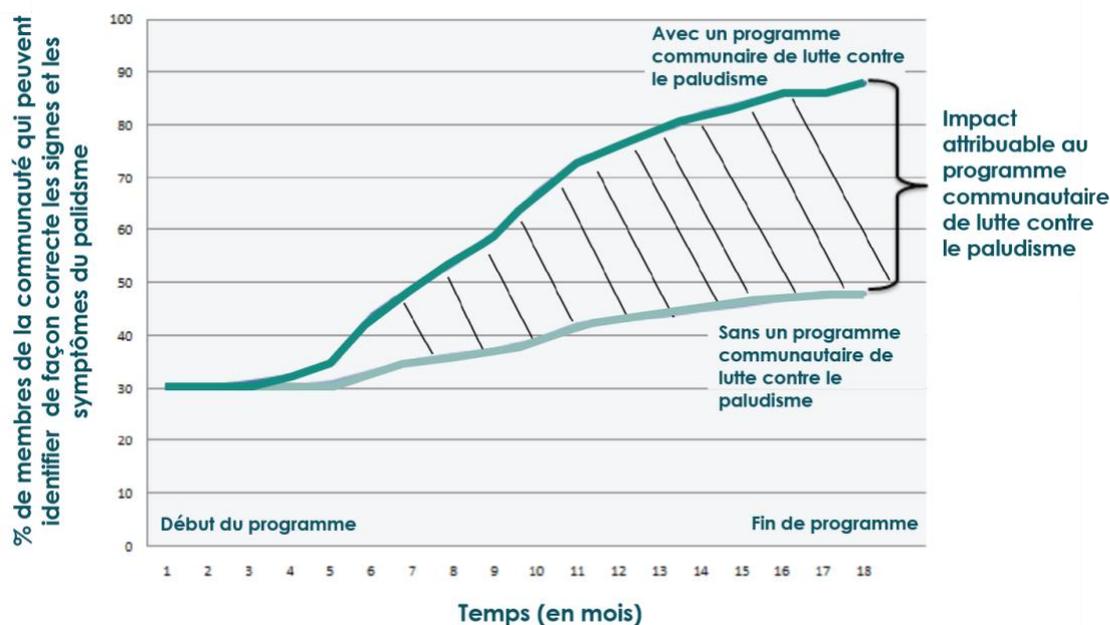


© Bonnie Gillespie, Voix pour un Futur Sans Paludisme

Évaluation des Programmes de Lutte contre le Paludisme

Ce graphique illustre l'impact d'un programme sur une réalisation spécifique d'un programme.

Figure 6. Illustration d'évaluation



Par exemple, si un programme atteint son objectif d'accroître les connaissances des signes et symptômes du paludisme au sein de la communauté, alors nous pourrions observer un changement positif dans la réalisation de votre programme (les connaissances des signes et symptômes au sein de la population) qui n'aurait autrement pas pu être observé si le programme n'était pas mis en œuvre. La zone en rayure sur l'illustration montre l'effet du programme sur le changement de la connaissance des signes et symptômes du paludisme au sein de la population.

Exemple de questions pour l'évaluation des programmes de lutte contre le paludisme :

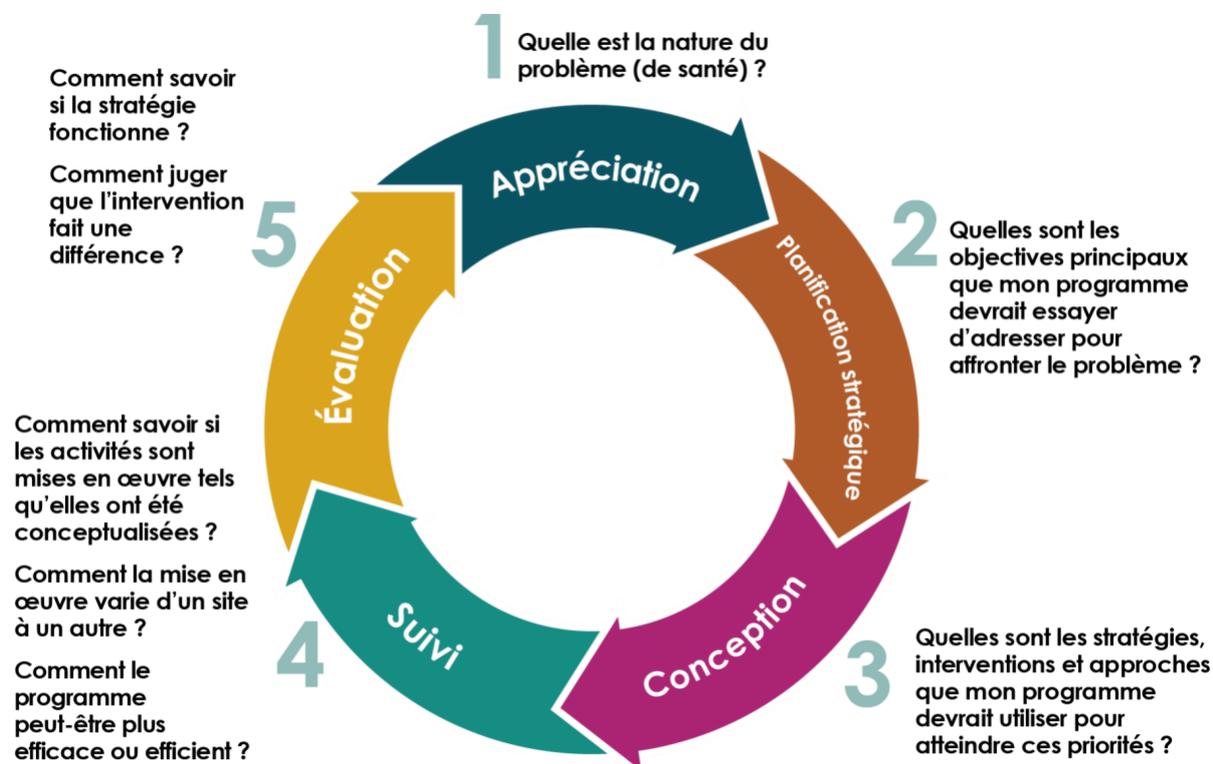
- Est-ce que le programme national de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans le pays X a réduit l'iniquité en matière de possession des MIIs au sein des ménages ?
- Le programme était-il efficace dans la hausse de la connaissance de la population en matière de bonne utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide ?
- Est-ce que les activités du programme visant à accroître l'accès à la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA) pour les enfants de moins de cinq ans ont entraîné une baisse de la mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans ?

Rôle du Suivi et Évaluation dans le Cycle de Vie d'un Programme

La surveillance, suivi et évaluation est un processus continu qui se produit tout au long du cycle de vie d'un programme. Un plan de SSE devrait être élaboré dès le début d'un programme avec l'apport de toutes les principales parties prenantes. Le plan SSE doit être modifié en fonction des changements apportés au programme au fil du temps. Il est important de se souvenir qu'un plan SSE est un document évolutif et peut être modifié au fil du temps en fonction des besoins du programme.

Contrairement au suivi qui implique la collecte systématique de données, l'évaluation se déroule pendant des périodes déterminées d'un programme. Elle pourrait avoir lieu annuellement, à mi-parcours ou à la fin d'un programme. Il est important de se rappeler que pour qu'une évaluation réussisse, elle doit être planifiée dès le début d'un programme afin de permettre de recueillir les données appropriées pour l'effectuer. Enfin la surveillance peut se dérouler à n'importe quelle période et consiste à une collecte continue d'analyse et d'interprétation de données sur une question de santé pour une prise de décision.

Figure 7. Cycle de vie du programme



Appréciation

Avant de concevoir un programme, il est essentiel de comprendre la nature du problème (de santé) que vous voulez aborder. Effectuer une appréciation du problème dans la population spécifique que vous souhaitez cibler avec votre programme peut vous aider à identifier la nature et la gravité du problème. L'appréciation vous fournira les informations et les données dont vous aurez besoin pour commencer à planifier et concevoir votre programme stratégiquement.

Planification Stratégique

La deuxième phase est de planifier votre programme, précisément définir ce que le programme souhaite atteindre. Les données et les informations que vous avez recueillies au cours de votre appréciation de la situation vous aideront à comprendre la nature du problème dans la communauté ainsi que ce qui est faisable pour régler le problème. A ce stade, vous pourrez déterminer le but et les objectifs principaux de votre programme.

Conception

La troisième phase du cycle de vie du programme est la conception de votre programme. Les données et informations recueillies lors de l'appréciation de la situation serviront également à informer la conception du programme. A ce stade, vous devriez prendre des décisions sur les différentes stratégies, les activités et les approches que le programme mettra en œuvre pour l'atteinte de son but et ses objectifs principaux.

Suivi

Le suivi se produit tout au long du programme, du début à la fin. Il implique la collecte et l'analyse régulières des données pour aider à la prise de décision en temps opportun, à la planification et la gestion du programme, et à fournir une base pour les évaluations et l'apprentissage. Le suivi vous aide à savoir si les activités de votre programme sont mises en œuvre comme prévu ; si l'application est cohérente au niveau de tous les sites ; et si le programme pourrait être plus efficace.

Évaluation

L'évaluation a généralement lieu que à certaines périodes du cycle de vie d'un programme, chaque année, à mi-parcours, et / ou à la fin du programme. Toutefois, afin de procéder à l'évaluation, il doit être prévu à partir du début. L'évaluation vous informe sur le fonctionnement de la stratégie de votre programme et si elle a un impact. Elle vous permet de déterminer si le programme a atteint ses objectifs et son but général, et si non, vous aide à comprendre pourquoi.

Utilisation des Données

Les données peuvent être utilisées à de nombreuses fins importantes. Les données devraient être utilisées principalement pour éclairer la prise de décision, qui a lieu à plusieurs niveaux - depuis le niveau programmatique jusqu'au niveau des politiques. Voici quelques exemples montrant la façon dont les données d'un programme ou d'une intervention peuvent être utilisées :

- Aider à guider l'élaboration des politiques, la planification ou les décisions relatives au programme.
- Mobiliser des ressources supplémentaires pour la mise à l'échelle des programmes ou pour des programmes futurs.
- Évaluer si une politique, un plan ou programme a produit les effets escomptés.
- Renforcer les programmes en améliorant leurs résultats, leur efficacité et/ou la qualité des services fournis par les programmes.
- Identifier les facteurs et/ou d'interventions qui influent sur l'état de santé.
- Assurer la redevabilité et aider à produire des rapports d'activité.
- Contribuer à tirer des leçons pouvant aider dans la mise en œuvre efficace d'autres programmes de prévention et de contrôle du paludisme.



© Bonnie Gillespie, Voix pour un Futur Sans Paludisme

"... sans information, les décisions sont prises de façon arbitraire et il est incertain de savoir si une politique ou un programme va réussir ou non. Si nous permettons

à nos politiques d'être guidées par des faits et des données empiriques, il y aura un changement perceptible dans l'impact de ce que nous faisons."

—Décideur politique national, Nigeria

Les Données pour la Prise de Décision

Les décisions sont prises à tous les niveaux d'un programme et par tous les intervenants du programme. De ce fait, chacun des intervenants requiert des informations différentes et des données afin d'être en mesure de prendre des décisions informées. Il est important d'avoir des discussions avec toutes les parties prenantes depuis le début de votre programme afin de comprendre pleinement toutes les décisions qu'elles prennent et les informations dont elles ont besoin pour guider ces décisions.

Bien que les programmes soient différents, le tableau suivant présente un exemple de toutes les différentes parties prenantes (et donc les décideurs) dans un programme de prévention et de lutte contre le paludisme et les types d'informations auxquelles elles seraient intéressées pour guider leurs décisions.

Tableau 2. Parties prenantes du programme de lutte contre le paludisme et leurs besoins d'information

Décideurs	Besoins en information
Bénéficiaires	Efficacité du programme ou de l'intervention ; qualité des services fournis.
Les leaders communautaires / Fonctionnaires du Gouvernement Local	Efficacité du programme ou de l'intervention ; qualité, équité et couverture des services fournis ; clientèle.
Les gestionnaires de programme / Partenaires dans la mise en œuvre du programme	Efficacité du programme ou de l'intervention ; clientèle ; qualité, équité et couverture des services fournis.
Décideurs	Qualité et équité des services ; rapport coût-efficacité/efficacité du programme ou de l'intervention ; information pertinente pour la correction/l'amélioration des politiques.
Organismes partenaires	Efficacité du programme ou de l'intervention ; implications en matière de politiques ; durabilité du programme, rapport coût-efficacité/efficacité.

Au Niveau des Parties Prenantes

Une idée fausse communément répandue est que les données ne sont recueillies que pour être utilisées par les gestionnaires au plus haut niveau. Cependant, la réalité est que les informations sont demandées et utilisées par les parties prenantes à tous les niveaux. Il y a des décisions importantes qui doivent être prises à chaque niveau et elles nécessitent différents types d'informations. Nous présentons ci-dessous les exemples de décisions prises par les différentes parties prenantes.

Au Niveau des Bénéficiaires : La décision que prend une famille d'amener ou non leur enfant qui a de la fièvre à la clinique est basée sur la perception qu'elle a de la qualité des soins reçus au cours des dernières visites.

Au niveau Communautaire : Un directeur d'un établissement de santé décide de la quantité de médicaments et de fournitures médicales à commander en se basant sur les données des centres de santé sur le nombre mensuel moyen de cas de paludisme.

Au niveau du Programme : Un gestionnaire de programme décide du choix de la population cible pour les campagnes de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) en se basant sur les niveaux d'endémicité du paludisme.

Au Niveau des Politiques : Le Ministère de la Santé décide des nouvelles politiques de lutte contre le paludisme en se basant sur des éléments de preuve démontrant lequel des médicaments antipaludiques a la plus haute efficacité.

Au Niveau Global : La décision des partenaires internationaux d'allouer ou non des fonds à un projet donné est fondée sur l'efficacité de l'intervention et de l'antécédent du programme en termes de performance.

Obstacles Courants à l'Utilisation des Données

Il y a un certain nombre d'obstacles courants à l'utilisation des données au sein des organisations. Il est important de reconnaître les obstacles auxquels votre organisation est confrontée en termes d'utilisation des données, afin d'aider à trouver des solutions et de créer un environnement qui favorise et facilite l'utilisation des données au sein de votre organisation.

Les obstacles courants auxquels les organisations peuvent faire face comprennent :

- Les structures organisationnelles au sein d'un programme peuvent constituer une contrainte pour les processus de gestion efficace des données.
- Les décideurs peuvent ne pas être habitués à utiliser des données pour guider leurs décisions.
- Le faible niveau de motivation du personnel.
- Le personnel peut avoir une capacité limitée en SSE et en utilisation des technologies.
- La formation en SSE est souvent ad hoc et manque de sessions de recyclage/rafraichissement ou d'encadrement afin de maintenir les compétences à niveau et de les réactualiser.
- Les contraintes structurelles peuvent exister au niveau du pays, tels que la mauvaise qualité des routes ou de la télécommunication.
- Les rôles du personnel peuvent ne pas être clairement définis.
- L'existence d'une mauvaise circulation de l'information au sein de l'organisation.
- Le financement du SSE peut être limité ou insuffisant.
- Les décisions sur les données qui peuvent ou doivent être collectées peuvent être influencées par la politique.
- L'accès limité à la technologie informatique pour le suivi et l'analyse des données.



© Bonnie Gillespie, Voix pour un Futur Sans Paludisme

Étude de Cas : Les Obstacles Courants à l'Utilisation des Données

Lire la brève description ci-dessous sur un programme de lutte contre le paludisme dans la province de l'Ouest du Kenya. Lors de la lecture, envisager quelles contraintes ou obstacles auxquelles l'ONG locale fait face quant à l'utilisation des données et ce qui pourrait être fait pour améliorer l'utilisation des données dans cette situation. Après avoir lu la description, cliquez sur la page suivante pour répondre à quelques questions concernant les barrières à l'utilisation des données telles que décrites dans le scénario.

Au cours des quelques dernières années, une ONG locale dans l'ouest du Kenya travaille en partenariat avec le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) pour mettre en œuvre un programme de lutte anti-vectorielle dans leur communauté. L'ONG aide à coordonner et mener des campagnes de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans leur communauté, assurer l'éducation et/ou aider les familles dans les villages environnants à utiliser les MIIs de façon correcte, en plus de mener des activités de communication pour le changement social et de comportement (CCSC) pour aider à promouvoir l'utilisation des MIIs et le traitement rapide des épisodes de paludisme. Le programme a été exécuté sans heurts au cours des 3 dernières années, a distribué plus de 150000 MIIs et a effectué avec succès un certain nombre d'activités CCSC dans leur communauté. Le programme a été bien reçu dans la communauté, et a reçu des louanges de la part des leaders locaux.

Le chargé de SSE de l'ONG, Thomas, est responsable de la collecte de divers types de données pour le programme de lutte contre le paludisme, y compris des données sur le nombre de MIIs distribuées, le nombre de familles bénéficiaires, le nombre de ménages qui ont des moustiquaires traitées et le nombre de personnes atteintes par les activités CCSC, entre autres. Chaque trimestre, Thomas produit des données agrégées relatives au dernier trimestre et rédige un rapport de synthèse qu'il envoie au gestionnaire de programme, Florence. Comme Thomas ne reçoit jamais de commentaires sur ses rapports auprès du gestionnaire, il suppose qu'il fait du bon travail et continue de faire son travail de la même manière. Florence regarde brièvement les rapports trimestriels afin de détecter les erreurs évidentes avant de les envoyer au bureau central de l'ONG à Nairobi. Florence ne reçoit jamais de commentaires du bureau central après la soumission des rapports, et, par conséquent, assume que son programme est sur la bonne voie et fait de bons progrès. S'il existe une façon dont son programme peut améliorer ses opérations quotidiennes, elle s'attend à ce que celle-ci lui soit communiquée par son superviseur à partir du bureau central à Nairobi.

Au siège de l'ONG à Nairobi, le gestionnaire en chef du SSE, fait la synthèse des données de tous les rapports au niveau communautaire et écrit un rapport de synthèse qu'il soumet au PNLN au sein du Ministère de la santé. Une fois reçues par le PNLN, les données sont extraites et agrégées à travers tous les programmes de prévention et de lutte contre le paludisme dans le pays. Un rapport final est ensuite développé sur le progrès de toutes les activités de prévention et de lutte contre le paludisme au Kenya et envoyé aux différents bailleurs de fonds. En se fondant sur les conclusions du rapport, les bailleurs de fonds engagent des discussions avec le PNLN pour décider des programmes à continuer à financer dans l'avenir. À la réunion de ce trimestre, les donateurs font remarquer au PNLN que le nombre de cas de paludisme et de décès n'a pas baissé dans l'ouest du Kenya malgré que beaucoup de fonds aient été fournis à l'ONG locale pour les activités de prévention contre le paludisme au cours des 3 dernières années. En se basant sur cette information, les bailleurs de fonds et le PNLN tirent la conclusion selon laquelle la performance du programme ne doit pas être bonne.

Questions sur l'Etude de Cas

Veillez répondre aux questions suivantes à propos de l'étude de cas de la page précédente.

- Quels sont les principaux obstacles à l'utilisation des données dans ce scénario ?
- Pensez-vous que la décision des bailleurs de fonds et du PNLN selon laquelle la performance du programme est mauvaise est juste ?
- Quelles recommandations donneriez-vous pour améliorer l'utilisation des données dans cette situation ?

Réponses aux Questions sur l'Etude de Cas

Quels sont les principaux obstacles à l'utilisation des données dans ce scénario ?

Le principal obstacle dans ce scénario est le personnel du programme qui voit la collecte des données comme d'une obligation de rapportage, au lieu d'un processus utile pour informer l'amélioration de leur programme ou pour savoir si leur programme a atteint ses objectifs. Il est fréquent que les données soient collectées et envoyées à des niveaux plus élevés dans le système de santé, sans être non considérées ou utilisées au niveau local ou de district pour prendre des décisions concernant le programme ou la prestation de services. Cet obstacle peut être dû au manque de l'utilisation des données en général à travers les différents niveaux.

Un autre obstacle dans ce scénario est l'absence d'un mécanisme de rétroaction à tous les niveaux. Après que l'information a été présentée au prochain niveau, il y a peu ou pas de rétroaction aux niveaux inférieurs du système. Dans ce scénario, nous pouvons voir que ce manque de rétroaction mène à ce que le personnel du programme suppose à tort que leur programme est sur la bonne voie et fonctionne bien.

Bien que pas élaboré dans le scénario, il est possible que les capacités en SSE soient limitées au sein du personnel de programme dans l'ONG. Le personnel pourrait être formé sur la collecte de données, et pas nécessairement dans la l'analyse, ou la présentation et l'utilisation efficace des données pour la prise de décision.

Pensez-vous que la décision des bailleurs de fonds et du PNLN selon laquelle la performance du programme est mauvaise est juste ?

Il est difficile de dire si la décision des bailleurs de fonds et du PNLN était juste dans ce cas, puisque nous n'avons pas d'informations précises sur les données utilisées pour informer de leur décision. Nous savons seulement que les données sont agrégées à différents niveaux, et nous ne sommes pas sûrs quelle information est disponible et utilisée pour éclairer la décision. Ainsi, il se pourrait qu'il y soit une mauvaise interprétation ou une insuffisance des données pour prendre une décision éclairée à ce niveau. Ou, il se pourrait que le programme ne fonctionne pas bien comme les bailleurs de fonds et le PNLN pensent. Cela met en évidence un autre problème autour de l'utilisation des données, que les données peuvent être mal utilisées pour prendre des décisions.

Quelles recommandations donneriez-vous pour améliorer l'utilisation des données dans cette situation ?

Afin d'améliorer l'utilisation des données dans cette situation, il peut être important de d'abord prendre le temps de renforcer les capacités de l'ONG en SSE, et plus précisément dans la présentation des données et l'utilisation efficace des données. Cela peut aider à renforcer une culture

de l'utilisation des données au sein de l'organisation, en veillant à ce que les données soient partagées au sein de l'organisation et du personnel d'une manière efficace qui facilite leur utilisation. Cela permettra d'assurer que le programme ne dépend pas des commentaires d'autres niveaux pour les informer de leur progrès.

Il est important d'améliorer la culture de l'utilisation de données au sein de l'organisation, mais il est également important de créer une culture d'utilisation des données entre toutes les parties prenantes du programme. Cela peut être fait en partageant régulièrement les résultats du programme avec toutes les parties prenantes et en demandant des commentaires et une rétroaction sur la façon d'améliorer le programme sur la base des conclusions. Cela garantit que toutes les parties prenantes sont au courant de l'état d'avancement du programme et sont en mesure d'identifier rapidement si le programme ne fonctionne pas conformément aux attentes.



© Bonnie Gillespie, Voix pour un Futur Sans Paludisme

Comment Accroître l'Utilisation des Données

Un bon système de SSE permet une utilisation efficace et en temps opportun des données. La collecte de données n'est qu'un effort utile que lorsque les données recueillies sont utilisées pour la prise de décisions. Bien qu'il existe un certain nombre d'obstacles courants à l'utilisation des données auxquels les organisations font face, il y a de nombreuses mesures qu'elles peuvent prendre pour aider à accroître la demande et l'utilisation des données.

Ces actions sont les suivantes :

- Impliquer le personnel du programme dans les activités de suivi et d'évaluation, telles que la collecte et la vérification des données.
- Prendre le temps de bâtir la capacité de votre organisation en matière de gestion et d'utilisation des données.
- Faire en sorte de présenter l'information dans des formats conviviaux qui facilitent l'utilisation de l'information.
- Partager les conclusions et recommandations avec toutes les principales parties prenantes et leur fournir des rapports réguliers et en temps opportun.
- Assurer que les données soient de bonne qualité, que les indicateurs utilisés soient cohérents, et que les données soient disponibles à tous les niveaux du programme.
- Élaborer des recommandations réalistes sur les stratégies d'amélioration du programme à partir des données recueillies.
- Élaborer un plan d'action qui fournit des détails permettant de mettre en œuvre les recommandations.
- Allouer les ressources en fonction du suivi de la performance du programme.

À MÉDITER

Pouvez-vous penser à d'autres moyens efficaces pour accroître la demande et l'utilisation des données dans votre propre programme ?

Exemples de Réussite

La Zambie : Le Changement de Politique sur le Traitement Antipaludique

Depuis les années 1980, la résistance à la chloroquine pour le traitement du paludisme à *P. falciparum* dans des régions où le paludisme est endémique a augmenté de façon spectaculaire, avec les taux d'échec du traitement de plus en plus élevés observés dans de nombreux pays en Afrique, en Asie et en Amérique latine. La quantité de données émergentes tendant à montrer une généralisation de la résistance à la chloroquine, en plus des hausses avérées de la morbidité et la mortalité dues au paludisme, ont amené beaucoup de programmes nationaux de lutte contre le paludisme à prendre des mesures pour modifier leur politique nationale en matière de médicaments pour le traitement du paludisme. En recueillant et en partageant les données avec les parties prenantes, de nombreux PNLP ont pu démarrer un processus de modification et de mise en œuvre de nouvelles politiques nationales en matière de médicaments au sein de leurs pays. En Afrique, la Zambie a été le premier pays à utiliser ces résultats de recherche pour pousser pour le changement.

En 2002, la Zambie a mis en œuvre un changement de politique nationale en matière de traitement antipaludique en adoptant la Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine comme traitement de première intention contre le paludisme. En se basant sur les données sur l'augmentation de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme en Zambie au cours des deux décennies précédentes et des multiples études réalisées de 1995 à 2000 dans les centres de surveillance sentinelle à travers le pays démontrant le déclin de l'efficacité de la chloroquine, la Zambie a lancé le processus d'élaboration et de mise en œuvre d'une



Exemple des CTAs et TDRs

nouvelle politique nationale en matière de médicaments antipaludiques. En raison de la difficulté avérée pour mettre en œuvre un changement de politique nationale, le pays a formé un Groupe Technique Consultatif en matière de Médicaments pour élaborer un cadre technique et une stratégie de plaidoyer pour la mise en œuvre du changement de la politique en matière de traitement. Après examen des données, le groupe consultatif a conclu qu'une action immédiate était nécessaire pour modifier le traitement de premier recours, ainsi que d'assurer l'accès au traitement. Après la prise de décision, les efforts se sont concentrés sur l'élaboration de nouvelles directives en matière de traitement, de documents de formation et de plans de mise en œuvre de la nouvelle politique. Malgré les défis rencontrés, le succès de la mise en œuvre du changement de politique et l'augmentation des activités de lutte anti-vectorielle ont entraîné un déclin dramatique des cas de paludisme et des décès en 2008.

De nombreux autres pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine ont également utilisé la même stratégie, menant au succès de l'utilisation des données pour prôner et guider l'élaboration d'une nouvelle politique en matière de traitement antipaludique. Dès la fin des années 2010, les CTAs ont été adoptées comme traitement de première intention contre le paludisme dans la politique thérapeutique nationale dans 80 pays où le paludisme causé par le *P. falciparum* est endémique.

Le Sénégal : Progrès vers l'élimination

Le paludisme a toujours été l'un des principaux problèmes de santé du Sénégal. Il y a moins de deux décennies, le paludisme représentait un tiers des visites ambulatoires à travers le pays. Mais aujourd'hui, le Sénégal a l'un des taux d'incidence du paludisme les plus faibles d'Afrique de l'Ouest et l'un des seuls pays où ce taux continue de baisser, avec une réduction de 30% du nombre de cas entre 2015 et 2016 en raison de l'intensification des interventions clés par le PNLP et ses partenaires. En effet, les progrès du Sénégal ont été tellement marqués qu'il existe maintenant plusieurs districts du nord où la transmission locale a été pratiquement éliminée et où l'élimination semble être un objectif réalisable à court terme. Le pays se concentre maintenant sur l'identification des cas et l'investigation, ce qui constitue la prochaine étape pour parvenir à l'élimination. Les progrès substantiels et soutenus du Sénégal contre le paludisme sont un exemple de réussite en matière de santé publique et une source d'enseignements potentiels pour les autres pays sur la voie de l'élimination.

Évaluation du Module 2

Questions

Les bonnes réponses sont à la page suivante.

1. Laquelle des questions suivantes serait-elle bien indiquée pour une évaluation ?
 - a. Combien de femmes enceintes ayant fréquenté le centre de santé au cours du dernier mois ont reçu une dose de TPI au cours de leur visite de soins prénatals de routine ?
 - b. Quel pourcentage de ménages le programme a-t-il couverts avec la PID à effet rémanent au cours de la dernière année de mise en œuvre du programme ?
 - c. Est-ce que le programme de distribution de MILDA a atteint le quintile de bien-être économique le plus pauvre dans la communauté X ?
 - d. Combien de MILDAs ont été distribuées chaque mois par le Programme national de lutte contre le paludisme ?

2. *Vrai ou faux* : la surveillance, suivi et évaluation est un processus continu qui se produit tout au long du cycle de vie d'un programme.
 - a. Vrai
 - b. Faux

3. Le Ministère de la santé de l'Ouganda voudrait savoir si les programmes de lutte contre le paludisme menés dans la région Nord du pays ont permis d'augmenter l'utilisation des MII chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans dans cette région. Indiquer laquelle des deux approches ci-dessous peut permettre de répondre à cette question.
 - a. Suivi
 - b. Évaluation

4. À quel niveau les données sont-elles nécessaires pour la prise de décisions ? (Sélectionnez toutes les réponses qui conviennent.)
 - a. Niveau des bénéficiaires
 - b. Niveau du programme
 - c. Niveau des politiques
 - d. Niveau des agences partenaire

Bonnes réponses

1. Laquelle des questions suivantes serait-elle bien indiquée pour une évaluation ?

c. Est-ce que le programme de distribution de MILDA a atteint le quintile de bien-être économique le plus pauvre dans la communauté X

Vous n'avez pas sélectionné la bonne réponse. Cette question vise à répondre à la façon dont le programme est mis en œuvre, qui peut être résolue par le biais de la surveillance de routine des données des centres de santé. Il n'est pas nécessaire de faire une évaluation pour fournir la réponse.

2. **Vrai ou faux** : la surveillance, suivi et évaluation est un processus continu qui se produit tout au long du cycle de vie d'un programme.

a. Vrai

Le suivi et l'évaluation se produisent tout au long du cycle de vie d'un programme ; pas seulement au début ou à la fin.

3. Le Ministère de la santé de l'Ouganda voudrait savoir si les programmes de lutte contre le paludisme menés dans la région Nord du pays ont permis d'augmenter l'utilisation des MII chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans dans cette région. Indiquer laquelle des deux approches ci-dessous peut permettre de répondre à cette question :

a. Évaluation

Le but de cette question est de comprendre l'impact des programmes de lutte contre le paludisme du Ministère de la santé sur l'utilisation des MIIs parmi la population cible, les femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans dans la région du Nord. Les données de suivi ne seront pas en mesure de fournir une réponse à cette question ; une évaluation sera nécessaire.

4. À quel niveau les données sont-elles nécessaires pour la prise de décisions ? (Sélectionnez toutes les réponses qui conviennent.)

- a. Niveau des bénéficiaires
- b. Niveau du programme
- c. Niveau des politiques
- d. Niveau des agences partenaire

Les données sont nécessaires à tous les niveaux : Bénéficiaire, programme, politiques et partenaire.



MODULE 3 :

INTRODUCTION A LA SURVEILLANCE, SUIVI ET ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

MODULE 3 : INTRODUCTION A LA SURVEILLANCE, SUIVI ET ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Ce module décrit les principaux acteurs dans la surveillance, suivi et évaluation (SSE) des programmes de lutte contre le paludisme, les indicateurs communément utilisés pour le suivi de la couverture des interventions de prévention et de contrôle du paludisme, et les difficultés rencontrées dans le SSE des programmes de lutte contre le paludisme.

Objectifs du Module

À la fin de ce module, vous serez en mesure de :

- Identifier les principaux acteurs dans la SSE des programmes de lutte contre le paludisme.
- Identifier les principaux buts et cibles du Partenariat Roll back Malaria (RBM).
- Identifier les indicateurs couramment utilisés pour la SSE des programmes de lutte contre le paludisme.
- Mentionner les difficultés couramment rencontrées pour la SSE des programmes de lutte contre le paludisme.



© Bonnie Gillespie, Voix pour un Futur Sans Paludisme

Principaux Acteurs dans le Suivi et Évaluation des Programmes de Lutte contre le Paludisme

Le suivi et évaluation joue un rôle essentiel dans tous les programmes de prévention et de contrôle du paludisme. Il existe un certain nombre d'acteurs clés dans le suivi et évaluation des programmes de lutte contre le paludisme qui fournissent de précieux conseils et soutien pour le SSE des programmes au niveau des pays. Certains des principaux acteurs en SSE sont les suivants.

Programme National de Lutte contre le Paludisme

Les programmes nationaux de paludisme sont les principales institutions responsables de la formulation de politiques et stratégies pour réduire le fardeau du paludisme à court et moyen terme et éradiquer le paludisme à long terme. Les programmes nationaux de lutte contre le paludisme peuvent être axés sur le contrôle ou l'élimination et s'appeler programmes nationaux de lutte contre le paludisme (PNLP) ou programmes nationaux d'élimination du paludisme (PNEP). Indépendamment du nom, l'institution est en charge de la coordination, de la supervision, de la surveillance, suivie et de l'évaluation de la mise en œuvre de ces interventions.

Groupe de Référence en Suivi et Évaluation du Partenariat Roll Back Malaria

L'objectif du partenariat entre RBM et le groupe de référence End Malaria's (RBM MERG) vise à faciliter l'alignement des partenaires sur les stratégies et les "meilleures pratiques" en matière de SSE pour les programmes de lutte et d'élimination du paludisme. Il identifie également les questions et les besoins émergents liés à la mise en œuvre des initiatives de SSE, communique cela aux



partenaires cibles et propose des solutions. RBM MERG conseille également sur les questions de SSE au niveau des initiatives internationales, régionales et nationales, en fournissant des conseils techniques sur les approches les plus récentes en matière de lutte contre le paludisme pour la SSE. Il fournit des conseils techniques sur les indicateurs appropriés, les méthodes de collecte de données, les stratégies d'analyse, et la diffusion des recommandations sur la SSE des programmes de lutte contre le paludisme. RBM MERG est ouvert à la participation de tous les partenaires travaillant dans la SSE du paludisme et poursuit activement son engagement avec les professionnels des pays endémie au paludisme.

Pour plus d'informations, visitez le site web du groupe de référence [RBM MERG](#).

L'Initiative du président des États-Unis contre le paludisme

L'Initiative du président des États-Unis contre le paludisme (PMI) est une initiative inter-agences dirigée par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et mis en œuvre en



collaboration avec le Centres de prévention and de contrôle des maladies (U.S. Center for Disease Control [CDC]) et le Département américain de la santé et des services sociaux (U.S. Department of Health and Human Services [HHS]). L'objectif du gouvernement des États-Unis pour la stratégie PMI pour 2015–2020, c'est de travailler avec les pays et les partenaires soutenus par PMI pour réduire davantage les décès dus au paludisme et réduire considérablement la morbidité du paludisme, jusqu'à atteindre l'élimination du paludisme. Il fonctionne dans 25 pays qui sont fortement affectés par le paludisme en Afrique subsaharienne en plus de la Birmanie et la Thaïlande. Le PMI travaille en étroite collaboration avec les programmes nationaux de lutte contre le paludisme, fournissant un soutien technique, en renforçant les capacités et en aidant à coordonner les efforts de SSE dans le pays. Pour plus d'informations, visitez le site Web de [PMI](#).

Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

Le Fonds mondial est un partenariat public/privé au niveau mondial qui collecte et distribue des fonds pour prévenir et traiter le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Le Fonds mondial fournit



60% du financement international de lutte contre le paludisme et de nos jours a investi plus de 10,5 milliards de dollars dans des programmes de lutte contre le paludisme dans plus de 100 pays de 2002 à 2017, en utilisant une approche globale combinant l'éducation sur les symptômes, le diagnostic la prévention et le traitement. Pour plus d'informations, visitez le site Web du [Fonds mondial](#).

Buts et Objectifs du Surveillance, Suivi et Évaluation pour la Lutte contre et la Prévention du Paludisme

La Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme de l'OMS 2016-2030 est un cadre technique destiné à guider et à aider les pays endémiques au paludisme à maîtriser et à éliminer le paludisme. La stratégie repose sur trois piliers : (1) garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme ; (2) accélérer les efforts visant à éliminer le paludisme et à obtenir le statut de pays exempt de paludisme ; et (3) transformer la surveillance du paludisme en une intervention centrale.

Les objectifs de la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme sont :

- Réduire le taux de mortalité du paludisme au niveau mondial par rapport à 2015 au moins 40% en 2020, d'au moins 75% en 2025 et au moins 90% en 2030.

- Réduire l'incidence des cas de paludisme à l'échelle mondiale par rapport à 2015 de 40% en 2020, de au moins 75% en 2025 et au moins 90% en 2030.
- Éliminer le paludisme des pays où il y'a eu transmission en 2015 dans au moins 10 pays en 2020, dans au moins 20 pays en 2025 et au moins 35 pays en 2030
- Prévenir le rétablissement du paludisme dans tous les pays qui n'ont pas de cas

Indicateurs Communs pour le Surveillance, Suivi et Évaluation des Programmes de Lutte contre le Paludisme

Il existe un certain nombre d'indicateurs communs au niveau des ménages pour la SSE du paludisme basé sur les quatre principales stratégies de contrôle et de prévention du paludisme :



© Gene Dailey, Croix Rouge américaine

- Moustiquaires imprégnées d'insecticide et moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MII/MILDA) et la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides (PID)
- Traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes (IPI) et la chimio-prévention saisonnière (CPS)
- Gestion des cas de paludisme
- Surveillance du paludisme

Ces indicateurs permettent le suivi de la couverture de chacune de ces interventions. Les indicateurs de couverture sont des indicateurs importants qui nous aident à comprendre l'efficacité d'un programme, à voir si un groupe cible est atteint plus efficacement qu'un autre, et à être en mesure d'identifier les zones ou régions mal desservies.

Les Défis Liés au Surveillance, Suivi et Évaluation

Le surveillance, suivi et évaluation des programmes de paludisme n'est pas toujours simple. Il peut être assez complexe dans de nombreux cas. Lorsque vous aurez acquis plus d'expérience en matière de SSE des programmes de lutte contre le paludisme, vous aurez plus de chances d'être confrontés à beaucoup de ces défis et d'être à même d'apprécier et de comprendre l'ensemble des complexités.

Pour ce cours, nous allons commencer à faire la lumière sur certains des principaux défis auxquels vous devez faire face, spécialement pour les programmes de lutte contre le paludisme. À ce stade, l'objectif est de vous faire prendre conscience de ce que ces défis sont, pour vous permettre de les prendre en considération lors du développement de vos plans de SSE, de la conception de vos programmes/interventions et de l'analyse et de l'interprétation de vos données.



Les défis liés à l'archivage des données dans la SSE

Défis Auxquels sont Confrontés les Programmes de Lutte contre le Paludisme : Programmes Nationaux de Lutte contre le Paludisme

Être capable de mesurer l'impact des interventions qu'ils mettent en œuvre pour la prévention et la lutte contre le paludisme constitue un défi de taille pour les programmes nationaux de lutte contre le

paludisme. La mesure de l'impact des programmes-pays n'a pas toujours été systématiquement exigée. Mais cette situation est en train de changer de nos jours, avec une initiative poussant vers l'évaluation de l'impact de ces programmes par le Partenariat Roll Back Malaria et le l'Initiative du président des États-Unis contre le paludisme (U.S. President's Malaria Initiative [PMI]).

Afin de mesurer l'impact des interventions, comme l'impact sur la mortalité ou morbidité due au paludisme, il est nécessaire de concevoir une évaluation expérimentale rigoureuse. La conception d'une telle évaluation peut être complexe et coûteuse à entreprendre, et peut donc potentiellement poser un défi aux programmes nationaux de lutte contre le paludisme (PNLP).

Une autre difficulté communément rencontrée par les PNLPs est de pouvoir développer une définition des cas de paludisme qui soit opérationnelle sur le terrain. Actuellement, la plupart des pays ont des politiques en place pour diagnostiquer des cas de paludisme à l'aide d'un test sanguin, tel que la microscopie ou le TDR. Cependant, parfois, ces tests de diagnostic ne sont pas disponibles, à cause des ruptures de stock ou ne sont pas utilisés par manque de confiance dans les outils de diagnostic. Dans les situations où les outils pour diagnostiquer le paludisme ne sont pas disponibles, le paludisme est souvent diagnostiqué par l'apparition d'une fièvre. Un tel procédé réduit notre capacité à mesurer de façon précise l'incidence et la réduction du fardeau du paludisme.

Les autres défis communément rencontrés par les PNLPs sont la variation dans l'exhaustivité des enregistrements des cas au fil du temps et par localité et la faiblesse du taux de couverture et de la qualité des systèmes d'état civil dans les pays en développement.



Ces cas sont quelques-uns des principaux défis auxquels la SSE est confronté pour les programmes de lutte contre le paludisme. Pouvez-vous penser à d'autres défis que vous avez rencontrés dans votre travail ?

Défis Auxquels sont Confrontés les Programmes de Lutte contre le Paludisme : La Complexité de l'Epidémiologie du Paludisme

La complexité de l'épidémiologie du paludisme pose également des défis à la SSE des programmes de lutte contre le paludisme, en rendant complexe l'interprétation des données recueillies.

La relation entre la transmission et la mortalité n'est pas une relation linéaire parfaite. Par exemple, un niveau élevé de transmission du paludisme ne conduit pas nécessairement à un niveau plus élevé de mortalité due au paludisme. Une population ayant des niveaux élevés de transmission du paludisme voit son immunité renforcée au fil du temps à cause des infections répétées par le paludisme. Cette immunité contribue à atténuer la gravité de la maladie, résultant en moins de décès. Pendant ce temps, les populations qui vivent dans des régions ayant des faibles niveaux de transmission du paludisme ne peuvent pouvoir construire le même niveau d'immunité et par conséquent, sont plus vulnérables lorsqu'elles sont infectées par le paludisme.

Un autre aspect important de la maladie à prendre en considération est la relation complexe entre la transmission et l'immunité et comment celle-ci peut affecter la gravité et les symptômes du paludisme. Par exemple, dans les zones à hauts niveaux de transmission du paludisme, la maladie est présente dans la population sous la forme d'infections chroniques et d'anémie sévère. Mais dans les zones où la

transmission est faible, ce qui apparait souvent est une forme sévère de paludisme ayant une plus grande capacité de causer la mort. Ceci est dû au fait que lorsque la transmission est élevée, l'immunité de l'ensemble de la population augmente et inversement lorsque la transmission est faible.

Ce sont là quelques-unes des principales complexités dont nous devons être conscients et tenir compte lors de l'interprétation données recueillies.

Évaluation du Module 3

Questions

Les bonnes réponses sont fournies à la page suivante.

1. Quels sont les acteurs clés qui fournissent des conseils sur le SSE aux initiatives au niveau international, régional et national, en donnant des conseils techniques sur les approches novatrices pour le SSE des programmes de lutte contre le paludisme ?
 - a. Programmes nationaux de lutte contre le paludisme (PNLP)
 - b. Groupe de Référence pour le Suivi et Évaluation du Partenariat Roll Back Malaria (RBM MERG)
 - c. U.S. President's Malaria Initiative (Initiative du président des Etats-Unis contre le paludisme)
 - d. Le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme

2. Quelle affirmation concernant l'objectif pour la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme est incorrect ?
 - a. Réduire l'incidence du paludisme à au moins 90% en 2030 est l'un des objectifs de la stratégie technique mondiale.
 - b. Réduire l'incidence du paludisme à au moins 75% en 2030 est l'un des objectifs de la stratégie technique mondiale.
 - c. La stratégie technique mondiale est un cadre global permettant aux pays d'élaborer des programmes adaptés pour accélérer l'élimination du paludisme
 - d. Transformer la surveillance du paludisme en une intervention centrale

3. Quel programme au niveau national est chargé d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies de contrôle du paludisme ?
 - a. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
 - b. L'Initiative du président des États-Unis contre le paludisme (PMI)
 - c. Programme national de lutte contre le paludisme
 - d. Groupe de Référence en Suivi et Évaluation du Partenariat Roll Back Malaria

Bonnes Réponses

1. Quels sont les acteurs clés qui fournissent des conseils sur la SSE aux initiatives au niveau international, régional et national, en donnant des conseils techniques sur les approches novatrices pour la SSE des programmes de lutte contre le paludisme ?

b. Groupe de Référence pour le Suivi et Évaluation du Partenariat Roll Back Malaria (RBM MERG)

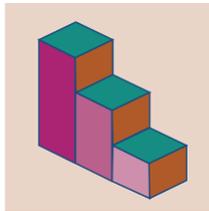
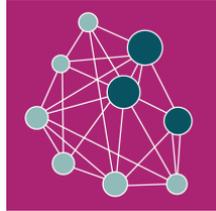
Le Groupe de Référence en Suivi et Évaluation (MERG) du partenariat RBM donne des conseils sur la SSE des initiatives au niveau international, régional et national, en fournissant des conseils techniques sur les approches novatrices sur la SSE des programmes de lutte contre le paludisme. Il fournit des conseils techniques sur les indicateurs appropriés, les méthodes de collecte de données, les stratégies d'analyse, et la diffusion des recommandations sur la SSE des programmes de lutte contre le paludisme.

2. Choisissez des tous les éléments faisant partie de l'objectif pour la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme d'ici 2030 ?

b. Réduire l'incidence du paludisme a au moins 75% en 2030 est l'un des objectifs de la stratégie technique mondiale.

3. Quel programme au niveau national est chargé d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies de contrôle du paludisme ?

c. Programme national de lutte contre le paludisme



MODULE 4 :

COMMENT DÉVELOPPER UN PLAN DE SURVEILLANCE, SUIVI ET ÉVALUATION POUR LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

MODULE 4 : COMMENT DÉVELOPPER UN PLAN DE SURVEILLANCE, SUIVI ET ÉVALUATION POUR LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Ce module décrit les fonctions principales et les éléments essentiels d'un plan de surveillance, suivi et évaluation (SSE) pour les programmes de lutte contre le paludisme et le processus pour élaborer et mettre en œuvre un plan de SSE. Il permettra également de passer en revue les définitions des buts et objectifs SMART (Spécifique, Mesurable, Approprié, Réaliste et Temporel).

Objectifs du Module

À la fin de ce module, vous serez en mesure de :

- Décrire les fonctions d'un plan de SSE pour les programmes de lutte contre le paludisme.
- D'identifier les principaux éléments d'un plan de SSE pour les programmes de lutte contre le paludisme.
- Décrire le processus d'élaboration d'un plan de SSE.
- Comprendre comment de mettre en œuvre un plan de SSE.
- Faire une distinction entre les buts et objectifs pour les programmes d'intervention sur le paludisme.



Suivi des progrès en Ethiopie © Bonnie Gillespie, Voix pour un Futur Sans Paludisme

Qu'est-ce qu'un Plan de SSE ?

Un plan de SSE est un document exhaustif qui décrit toutes les activités de surveillance, suivi et évaluation dans un système de SSE. Il comprend toutes les caractéristiques suivantes :

- Une description des objectifs du programme, des interventions développées pour atteindre les objectifs et des procédures à mettre en œuvre pour déterminer si oui ou non les objectifs sont atteints.
- Les résultats attendus du programme et comment ils se rapportent aux buts et objectifs.
- Une liste des données qui sont nécessaires, comment les données seront recueillies et analysées.
- Une description de la façon dont l'information sera utilisée, en plus des ressources qui seront nécessaires pour diffuser l'information.
- Une description de la façon dont le programme rendra compte à toutes les parties prenantes impliquées dans le programme. Cela inclut les parties prenantes à tous les niveaux, tels que les bénéficiaires, les responsables de programmes, les décideurs et autres bailleurs de fonds.



Suivi de la distribution de moustiquaires en RDC © Johanna Karemere, MEASURE EVALUATION

Idéalement, le plan de SSE devrait être développé en même temps que l'élaboration de votre programme. Dans la pratique, cependant, ce n'est pas souvent le cas et les plans de SSE sont développés après la mise en place du programme. Si possible, pensez à développer les deux simultanément.

Fonctions d'un Plan de SSE

Un plan de SSE sert un certain nombre de fonctions. D'abord, le plan mentionne la façon dont le programme va évaluer les résultats, assurant ainsi la redevabilité du programme vis-à-vis des parties prenantes. Deuxièmement, il sert à documenter le consensus auquel sont parvenues toutes les parties prenantes. Cela offre une plus grande transparence et tient les parties prenantes responsables des réalisations du programme. Troisièmement, le plan aide à guider la mise en œuvre du SSE au cours de la durée de vie du programme, en standardisant et coordonnant ainsi tous les efforts de SSE pour l'ensemble du programme. Enfin, le plan contribue à préserver la mémoire institutionnelle.



Présentation d'un plan de SSE par une participante lors de l'atelier régional SSE de paludisme © Ismaël Nana, 2017

Il est important de se souvenir qu'un plan de SSE est un document évolutif. Les programmes sont souvent modifiés en fonction des leçons apprises lors de leur mise en œuvre. Si votre programme est modifié pendant la durée de son implémentation, il est important d'ajuster également le plan de SSE en conséquence.

Un plan de SSE devrait s'efforcer d'être :

- Utile en servant les besoins de ses utilisateurs escomptés en informations utiles.
- Faisable, ainsi que réaliste, diplomatique et économe.
- Mené de manière légale et éthique, vis-à-vis de ceux/celles qui y participent et qui sont affectés par les évaluations.
- Précis, en transmettant des informations techniquement valides.

Éléments d'un Plan SSE

Un plan de SSE se compose de huit principaux éléments :

1. Introduction
2. Description du programme
3. Indicateurs
4. Sources des données et les systèmes d'enregistrement
5. Plans pour démontrer le rendement du programme, les réalisations et l'impact
6. Plans pour la diffusion et l'utilisation des données
7. Analyse de la qualité des données
8. Plan de mise en œuvre

Il est important de noter que tous les plans ne seront pas conformes à ce schéma précis. Certains plans comprendront d'autres éléments ou un arrangement différent des éléments. Ces éléments représentent les composantes essentielles d'un plan SSE qui devrait être mûrement réfléchi et discuté en détail.

1. Introduction

L'introduction d'un plan de SSE comprend :

- *Le but du plan de SSE* – par exemple : "Détailler comment le programme suivra de près les progrès réalisés et évaluera ses réalisations".
- *Une description de la façon dont le plan de SSE a été élaboré* – Fournir une description des parties prenantes et du processus qui a été entrepris pour parvenir à un consensus entre toutes les parties prenantes.

2. Description du Programme

La description du programme comporte :

- L'énoncé du problème
 - Traite de la nature du problème lié au paludisme que le programme essaie de résoudre.
- Le cadre conceptuel pour le programme
- Les buts et objectifs
 - Décrit le résultat ultime du programme (but) et les objectifs à court terme (objectifs).
- La description du programme
 - Fournit une description des interventions qui seront mises en œuvre.
 - Décrit la couverture géographique du programme et la population cible de(s) l'intervention(s).
 - Discute de la durée prévue du programme.
- Le cadre logique/Cadre de résultats

3. Indicateurs

Cette section fournit des détails sur les indicateurs à mesurer pour suivre l'état d'avancement du programme et les réalisations. Afin de sélectionner les indicateurs pour le programme, il y a un certain nombre de considérations importantes à prendre en compte.

Les indicateurs doivent être basés sur :

- Le cadre logique et conceptuel de votre programme.
- La nature de l'information stratégique nécessaire à la prise de décisions à tous les niveaux (mondial/des politiques/communautaire/programmatique/et des bénéficiaires).
- Les exigences spécifiques du bailleur de fonds.
- La disponibilité des données existantes et/ou la possibilité de collecter de nouvelles données.
- Le montant du financement du programme alloué aux activités de SSE.

Figure 8. Exemple d'une matrice des indicateurs

	Source de données	Périodicité	Niveau	Responsable
Indicateurs				
Nombre de prestataires	Registres, rapports	Trimestrielle	Formation Sanitaire	Personnel local SSE du district
Proportion d'enfants <5 ans ayant dormi sous une Mil la nuit précédente	Enquêtes de ménages	Périodique (tous les 1-5 ans)	National	Personnel d'enquête nationale

Voici quelques suggestions de façons dont vous pouvez présenter les indicateurs au sein de votre plan SSE.

- Matrice des indicateurs : tableau qui présente les indicateurs, les sources de données, la fréquence et la personne responsable.
- Fiches de référence des indicateurs : feuilles détaillées décrivant chaque indicateur, la façon de les mesurer, les hypothèses sous-jacentes et les considérations en matière d'interprétation. Voir un autre exemple d'une fiche de référence d'indicateur.

4. Sources des Données et les Systèmes de Présentation des Données

La section sur les sources de données et les systèmes de présentation des données du plan de SSE décrit les sources des informations utilisées pour mesurer chacun des indicateurs, la façon dont ces informations seront présentées et comment l'équipe SSE va procéder pour les collecter.

Il comprend généralement une description de chacun des éléments suivants :

- Les sources spécifiques à partir desquelles vous obtiendrez vos données pour chacun des indicateurs.
- Un cadre fournissant les détails sur la collecte, le traitement, l'analyse et le système de présentation des données.
- Le type d'outils pour la collecte des données ; par exemple : dossiers des patients ou les registres, questionnaires d'enquête ou formulaires de gestion des produits de base.
- La gestion des activités de SSE, y compris les rôles et responsabilités de chaque groupe et/ou de chaque membre du système de présentation des données.

Figure 9. Exemple d'une fiche de référence des indicateur

Nom de l'indicateur
DESCRIPTION
Justification:
Définition de l'indicateur: <ul style="list-style-type: none"> • Numérateur: • Dénominateur:
Méthode mesure:
Fréquence:
Interprétation:
Source(s) de données:
Forces:
Faiblesses:
Cette fiche a été mise à jour le 29 octobre 2019

5. Plans pour Démontrer les Réalisations et l'Impact du Programme

Il est important d'inclure dans votre plan de SSE un compte rendu détaillé de la façon dont vous allez démontrer les résultats et l'impact de votre programme. Cela consiste essentiellement à inclure dès le début un plan d'évaluation dans votre programme afin de mesurer les résultats et l'impact sur la durée de vie du programme. En général, il est préférable d'inclure une évaluation qui permettrait de mesurer des indicateurs au moment de l'enquête de base (au début du programme) et les comparer aux mêmes indicateurs soit à la fin du programme ou pendant le cycle de vie du programme. D'autres études spécifiques peuvent être incluses dans le plan de SSE et qui peuvent avoir lieu pendant ou après le programme. Ce type d'évaluation est moins idéal que le premier ; toutefois, il sera l'option la plus réaliste dans certains cas.

Cette section du plan de SSE comprend :

- La méthodologie qui sera utilisée pour l'évaluation des résultats ou de l'impact du programme.

- Le protocole(s) pour toute autre étude spécifique prévue dans le cadre du programme.

6. Plans pour la Diffusion et l'Utilisation de l'Information

Il est essentiel d'inclure une section au sein du plan de SSE qui détaille comment les données et informations recueillies seront diffusées, les cibles et parties prenantes auxquelles elles seront destinées, et comment elles seront utilisées dans le processus de prise de décision. Clarifier dès le début du programme, comment les données seront utilisées à tous les niveaux (parmi toutes les parties prenantes) pour la prise de décision contribuera à créer une « culture » propice à l'utilisation de données pour la prise de décisions parmi les parties prenantes.

Cette section du plan de SSE comprend :

- Comment les données et autres informations collectées seront stockées pour assurer la confidentialité et qui seront les utilisateurs de données.
- Comment l'information/les résultats de l'évaluation(s) et des études spécifiques seront diffusées et utilisées.
- Les différentes méthodes envisagées pour la diffusion de l'information. Par exemple, l'information sera-t-elle diffusée à l'aide des rapports, des différents médias (radio, télévision) ou d'autres conférences.

7. Analyse des Contraintes Liées à la Qualité des Données et les Solutions Possibles

Le plan de SSE doit inclure une description des contraintes que vous envisagez de rencontrer tout au long de la mise en œuvre du programme, et les possibles solutions/actions qui seront entreprises par le programme pour éviter ces contraintes. Il est important de montrer que vous avez envisagé et prévu des contraintes possibles liées à la qualité des données recueillies par le programme ou dans la performance globale du programme.

8. Plan de Mise en Œuvre

Cette section du plan décrit la capacité nécessaire pour mettre en œuvre les fonctions de l'unité SSE et comment celles-ci seront traitées. Il comprend également un plan de travail détaillé pour la façon dont le plan de SSE sera mis en œuvre.

Le plan de travail comprend les éléments suivants :

- Chaque activité de SSE, y compris les éventuelles mises à jour du plan de SSE.
- L'échéancier de chaque activité et sa place tout au long du cycle de vie du programme.
- La personne responsable de chaque activité.
- Le budget nécessaire pour chaque activité.

Préparer un Plan de SSE

Au-delà de la simple rédaction du document, il existe un certain nombre d'étapes dans le processus d'élaboration et de préparation d'un plan de SSE.

1. Identifier les parties prenantes de votre programme et les impliquer dans l'élaboration et la mise en œuvre du plan de SSE.
2. Évaluer les besoins de votre programme en informations stratégiques.

3. Évaluer les capacités du système existant à répondre à vos besoins en informations stratégiques. Si les systèmes actuels ne sont pas en mesure de rassembler les informations dont vous avez besoin, décider de quels mécanismes/systèmes vous devrez mettre en place afin de recueillir ces informations.
4. Recueillir des données de référence pour les indicateurs choisis dans le plan de SSE.
5. Élaborer un mécanisme de développement et de révision pour le plan de SSE entre les parties prenantes.
6. Préparer un budget pour la mise en œuvre de votre plan de SSE.
7. Parvenir à un consensus et un engagement parmi les intervenants sur tous les aspects suivants :
 - a. Ressources pour la mise en œuvre du plan SSE ;
 - b. Indicateurs et leurs définitions ;
 - c. Systèmes/mécanismes de collecte, d'analyse, et de traitement des données ;
 - d. Un plan de génération de rapports, l'échéancier et le format(s) ;
 - e. Les rôles et responsabilités de tous les intervenants pour la mise en œuvre du plan de SSE.
8. Préparer un avant-projet du plan de SSE.
9. Examiner et obtenir le consensus parmi les intervenants du programme.
10. Finaliser le plan de SSE.

Conseils pour la Mise en Œuvre du Plan de SSE

Voici une liste des conseils importants à retenir pour une mise en œuvre efficace de votre plan SSE.

- Il est important de mobiliser et de faire participer de façon continue les intervenants de votre programme lors de la mise en œuvre du plan SSE.
- Il est essentiel au début du processus de clarifier les rôles et responsabilités de chacun des intervenants pour mener à bien le plan de SSE.
- Le programme est mis en œuvre tel que prévu et il est en train d'atteindre les résultats escomptés.
- Le programme doit régulièrement préparer et diffuser des rapports et des présentations sur les résultats du programme à l'intention des parties prenantes.
- Lorsque cela est possible, le programme devrait faciliter et/ou soutenir les parties prenantes à utiliser l'information produite pour la prise de décisions.
- N'oubliez pas de mettre à jour le plan de SSE chaque fois qu'il y a des changements dans votre programme et partager ces changements avec toutes les parties prenantes.

Rôle de l'Unité de SSE

Il existe un certain nombre de rôles importants que l'unité SSE d'un programme ou d'une organisation joue dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de SSE.

Les principaux rôles sont les suivants :

- Établir un consensus sur le plan de SSE proposé parmi toutes les parties prenantes du programme, y compris les bénéficiaires, les gestionnaires de programmes, les décideurs et les bailleurs de fonds.
- Coordonner les activités de SSE avec la mise en œuvre des activités du programme.
- Gérer et manipuler les données, à savoir la saisie, l'analyse et l'interprétation de toutes les données.
- Présenter les résultats et diffuser l'information obtenue à tous les intervenants dans un format convivial et facilement accessible à tous.
- Prendre des mesures appropriées pour assurer la qualité des données, y compris vérifier les données pour évaluer leur qualité.
- Assurer la formation du personnel et le renforcement de leur capacité en SSE.

Développement du plan de SSE : Conseils pour l'établissement d'un consensus

- Assurer que vos parties prenantes aies connaissance du point sur lequel vous essayez de parvenir à un consensus dans le plan de SSE (p. ex., quels indicateurs à utiliser, les rôles et responsabilités pour la mise en œuvre du plan de SSE, etc.)
- Assurer que tous les intervenants soient impliqués tôt dans le processus d'élaboration du plan de SSE. Cela permettra de faire en sorte qu'ils aient amplement l'opportunité de contribuer au développement du plan.
- Donner aux parties prenantes l'opportunité de contribuer et de recevoir des commentaires sur le plan.
- Promouvoir de façon régulière le message selon lequel le SSE fournit les moyens de démontrer dans quelle mesure un programme atteint ses objectifs et fournit des renseignements précieux pour l'amélioration de votre programme.

Astuces Importantes

Voici quelques conseils à considérer lorsque vous préparez votre plan de SSE.

Tableau 3. Conseils pour préparer un plan SSE

A Faire	A Ne Pas Faire
<ul style="list-style-type: none">• Commencer tôt.• Faire participer les parties prenantes à toutes les étapes du processus.• Évaluer la capacité actuelle et utiliser ce qui est déjà disponible.• Éviter la duplication de la collecte de données et l'enregistrement des données.• Allouer de façon appropriée le budget pour le plan de SSE.• Présenter les résultats dans un format facilement accessible et en temps opportun.	<ul style="list-style-type: none">• Collecter des informations qui ne seront pas utilisées.• Sous-estimer l'importance de l'adhésion et l'appropriation des intervenants à chaque étape du processus.

Développer une Déclaration du Problème

Un énoncé de problème doit être développé dans la description du programme d'un plan SSE. Une bonne déclaration de problème énonce de manière concise une situation liée aux besoins ou aux objectifs du programme à modifier. Il indique qui ou quoi est concerné, combien de personnes et ce qui relie le problème à la finalité du programme. Une autre façon de regarder un problème est de demander : Quelle est la cause principale du problème ?

Existe-t-il d'autres causes sous-jacentes ? Les causes sont-elles interdépendantes ou pas ? Quelles sont les conséquences liées au problème ?

Comprendre les causes du problème contribue à l'élaboration d'un plan efficace. L'analyse des arbres à problèmes ou le diagramme en arête de poisson sont deux outils couramment utilisés pour élaborer un énoncé de problème.

Buts et Objectifs

Les cadres de SSE contribuent à accroître la compréhension de la finalité et des objectifs d'un programme en démontrant comment les différentes composantes et la séquence d'étapes ou de processus, fonctionnent pour la réalisation des résultats ultimes désirés du programme. Il est important de comprendre la différence entre un but et un objectif, car ce sont deux éléments clés au sein des cadres de SSE. Un **but** est un énoncé général d'un résultat désiré à long terme d'un programme, alors qu'un **objectif** est une déclaration d'un résultat souhaité, précis, réaliste et mesurable du programme.



Deux fillettes © Bonnie Gillespie, Voix pour un Futur Sans Paludisme

Lire chaque énoncé dans le quiz et décider s'il représente un but ou s'il est un exemple d'objectif.

1. Réduire la morbidité et la mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.
 - a. But
 - b. Objectif
2. Au moins 85 % des femmes enceintes ont accès à un traitement préventif intermittent dans la communauté X d'ici janvier 2016.
 - a. But
 - b. Objectif
3. Chaque mois, 80 % d'enfants qui présentent de la fièvre à la clinique médicale de la communauté Y reçoivent le traitement antipaludique approprié selon la politique thérapeutique actuelle.
 - a. But
 - b. Objectif

À MÉDITER

Maintenant, pensez à votre propre projet de paludisme ; Quel sont le but et les objectifs de votre programme ?

Bonnes Réponses pour les Buts et Objectifs

1. Réduire la morbidité et la mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.

- a. **But**
2. Au moins 85 % des femmes enceintes ont accès à un traitement préventif intermittent dans la communauté X d'ici janvier 2016.
- b. **Objectif**
3. Chaque mois, 80 % d'enfants qui présentent de la fièvre à la clinique médicale de la communauté Y reçoivent le traitement antipaludique approprié selon la politique thérapeutique actuelle.
- b. **Objectif**

Les Objectifs SMART

Le but et les objectifs de votre programme devraient être écrits de façon « SMART ». En d'autres termes, ils doivent répondre aux critères « SMART » — Spécifique, Mesurable, Approprié, Réaliste et Temporel (limité dans le temps).

SMART

- **Spécifique** : identifie des événements ou des actions concrètes qui auront lieu.
- **Mesurable** : quantifie le montant des ressources, des activités ou du changement.
- **Approprié** : se rapporte logiquement à l'énoncé du problème global et des effets escomptés par le programme.
- **Réaliste** : fournit une dimension réaliste qui peut être atteinte avec les ressources et les plans disponibles pour la mise en œuvre.
- **Temporellement défini** : spécifie le délai au terme duquel l'objectif sera atteint.

La Mise en Action des Objectifs SMART

Testez vos connaissances sur les objectifs SMART en déterminant si les énoncés suivants répondent aux critères SMART. Vos réponses ne seront pas évaluées. *Les bonnes réponses sont fournies à la page 54.*

1. *Vrai ou Faux* : la déclaration suivante répond aux critères SMART : « Assurer qu'au moins 80 % de personnes dorment sous les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) dans chaque district. »
2. *Vrai ou Faux* : la déclaration suivante répond aux critères SMART : « Au moins 80 % des femmes enceintes ont accès à l'ensemble des interventions visant à réduire le fardeau du paludisme pendant la grossesse d'ici décembre 2015. »
3. *Vrai ou Faux* : la déclaration suivante répond aux critères SMART : « Au moins 85 % de personnes dorment dans des logements dont les murs ont été aspergés d'insecticide dans les zones éligibles des 36 districts sélectionnés d'ici Décembre 2017, une révision à la hausse à partir des 15 districts prévus initialement dans le Plan stratégique national de lutte antipaludique 2015–2020. »
4. *Vrai ou Faux* : la déclaration suivante répond aux critères SMART : « La totalité (100 %) des patients atteints de paludisme dans tous les districts reçoivent un traitement conformément à la politique thérapeutique actuelle dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes d'ici la fin du mois suivant. »



Une femme et son enfant dormant sous une MII © P Skov Vestergaard Frandsen 2007

Réponses Correctes pour SMART Objectifs

1. *Vrai ou Faux* : la déclaration suivante répond aux critères SMART : « Assurer qu'au moins 80 % de personnes dorment sous les MIIs dans chaque district. »

Faux : Cet objectif ne remplit pas tous les critères d'un objectif SMART. Il n'inclut pas le délai dans lequel l'objectif doit être atteint.

2. *Vrai ou Faux* : la déclaration suivante répond aux critères SMART : « Au moins 80 % des femmes enceintes ont accès à l'ensemble des interventions visant à réduire le fardeau du paludisme pendant la grossesse d'ici décembre 2015. »

Faux : Cet objectif ne remplit pas tous les critères d'un objectif SMART. Il n'est pas spécifique' il devrait inclure une définition de « l'ensemble des interventions » pour la réduction du fardeau du paludisme. Quand un indicateur n'est pas spécifique, il est difficile à mesurer.

3. *Vrai ou Faux* : la déclaration suivante répond aux critères SMART : « Au moins 85 % de personnes dorment dans des logements dont les murs ont été aspergés d'insecticide dans les zones éligibles des 36 districts sélectionnés d'ici Décembre 2017, une révision à la hausse à partir des 15 districts prévus initialement dans le Plan stratégique national de lutte antipaludique 2015-2020. »

Vrai : Cet objectif est SMART. Il remplit tous les cinq critères d'un objectif SMART. Il est spécifique, mesurable, approprié, réaliste et temporellement défini.

4. *Vrai ou Faux* : la déclaration suivante répond aux critères SMART : « La totalité (100 %) des patients atteints de paludisme dans tous les districts reçoivent un traitement conformément à la politique thérapeutique actuelle dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes d'ici la fin du mois suivant. »

Faux : cet objectif ne remplit pas tous les critères d'un objectif SMART. Il n'est pas réaliste. S'assurer que tous les des patients atteints de paludisme reçoivent un traitement conformément à la politique thérapeutique dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes prendrait beaucoup de temps à accomplir et ne pourrait pas être accompli en 1 mois.

Évaluation du Module 4

Questions

Les bonnes réponses sont fournies à la page suivante.

1. Lequel des éléments suivants n'est pas un élément essentiel d'un plan de SSE ?
 - a. Une description détaillée des activités du programme/ des interventions, y compris un calendrier et un plan de mise en œuvre.
 - b. Les différentes sources de données qui seront utilisées pour la collecte de tous les indicateurs.
 - c. Un plan sur la manière de mettre en œuvre le plan de SSE.
 - d. Une analyse des possibles contraintes liées à la qualité des données.
2. *Vrai ou Faux* : une fois qu'un plan de SSE est élaboré, il est important de s'en tenir au plan durant tout le cycle de vie du programme, même s'il y a de petites modifications dans votre programme.
 - a. Vrai
 - b. Faux
3. Lequel des éléments suivants ne fait pas partie de la fonction principale d'un plan de SSE ?
 - a. Montrer comment un programme va évaluer ses réalisations.
 - b. Montrer aux parties prenantes comment le programme entend mener ses activités de SSE.
 - c. Guider le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre au cours de la durée de vie du programme.
 - d. Documenter exactement comment les activités SSE seront menées afin d'éviter d'avoir à effectuer tout changement plus tard.
4. *Vrai ou Faux* : il est généralement mieux d'inclure toutes les parties prenantes dans le processus d'élaboration du plan de SSE d'un programme.
 - a. Vrai
 - b. Faux
5. Lequel des énoncés suivants représente un objectif SMART ?
 - a. Réduire de 50 % la mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.
 - b. Au moins 90 % de tous les agents de la santé dans les districts X et Y reçoivent une formation sur la façon de diagnostiquer correctement et fournir le traitement antipaludique approprié pour les enfants qui présentent de la fièvre à la clinique d'ici la fin de l'année.
 - c. Accroître de 50 % l'utilisation des MIIs chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.
 - d. Toutes les femmes enceintes dans la communauté Y reçoivent 2 doses du traitement préventif intermittent pendant leur grossesse.
6. Lequel des énoncés suivants représente un objectif SMART ?
 - a. Au moins 80 % des enfants de moins de cinq ans qui présentent de la fièvre à l'une des cliniques de santé dans le district X reçoivent le traitement antipaludique approprié d'ici Décembre 2016.
 - b. Les agents de santé reçoivent une formation sur le diagnostic correct et le traitement du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.
 - c. Toutes les femmes enceintes ont accès à un traitement préventif intermittent (TPI).
 - d. Au moins 75 % des ménages ont leurs logements pulvérisés d'insecticides dans la communauté Y

Bonnes Réponses

1. Lequel des éléments suivants n'est pas un élément essentiel d'un plan de SSE ?

- a. Une description détaillée des activités du programme/ des interventions, y compris un calendrier et un plan de mise en œuvre.**

Une brève description des activités du programme, ses buts et objectifs est un élément essentiel, mais il n'est pas nécessaire d'inclure une description longue et détaillée des activités/interventions du programme, comment et par qui ils seront mis en œuvre, et du calendrier d'exécution. Cette information peut être trouvée dans le plan de travail du programme et d'autres documents connexes.

2. *Vrai ou Faux* : une fois qu'un plan de SSE est élaboré, il est important de s'en tenir au plan durant tout le cycle de vie du programme, même s'il y a de petites modifications dans votre programme.

- b. Faux**

S'il y a des changements ou de petites modifications de votre programme au fil du temps, alors le plan de SSE devra être modifié en conséquence pour tenir compte de ces changements.

3. Lequel des éléments suivants ne fait pas partie de la fonction principale d'un plan de SSE ?

- d. Documenter exactement comment les activités SSE seront menées afin d'éviter d'avoir à effectuer tout changement plus tard.**

Il est important de documenter comment les activités de SSE seront menées, mais si votre programme change au fil du temps, le plan de SSE doit être modifié en conséquence. Il ne s'agit pas du document qui ne doit pas être modifié.

4. *Vrai ou Faux* : il est généralement mieux d'inclure toutes les parties prenantes dans le processus d'élaboration du plan de SSE d'un programme.

- a. Vrai**

Il est important pour toutes les parties prenantes de faire partie du processus d'élaboration du plan SSE d'un programme parce que les différentes parties prenantes auront besoin d'informations différentes pour la prise de décision, par conséquent leur contribution est essentielle. En outre, il est important de parvenir à un consensus au sein des parties prenantes sur la façon dont le programme suivra les progrès et va mesurer ses réalisations.

5. Lequel des énoncés suivants représente un objectif SMART ?

- b. Au moins 90 % de tous les agents de la santé dans les districts X et Y reçoivent une formation sur la façon de diagnostiquer correctement et fournir le traitement antipaludique approprié pour les enfants qui présentent de la fièvre à la clinique d'ici la fin de l'année.**

Cet énoncé est un exemple d'objectif, étant donné qu'il mentionne un résultat de programme qui est désiré, précis, réaliste et mesurable, et temporellement défini.

6. Lequel des énoncés suivants représente un objectif SMART ?

- a. Au moins 80 % des enfants de moins de cinq ans qui présentent de la fièvre à l'une des cliniques de santé dans le district X reçoivent le traitement antipaludique approprié d'ici Décembre 2016.**

Cet objectif est un objectif SMART parce qu'il est précis, mesurable, approprié, réaliste et limité dans le temps.



MODULE 5 :

LES CADRES DE SURVEILLANCE, SUIVI ET D'ÉVALUATION POUR LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

MODULE 5 : LES CADRES DE SURVEILLANCE, SUIVI ET D'ÉVALUATION POUR LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

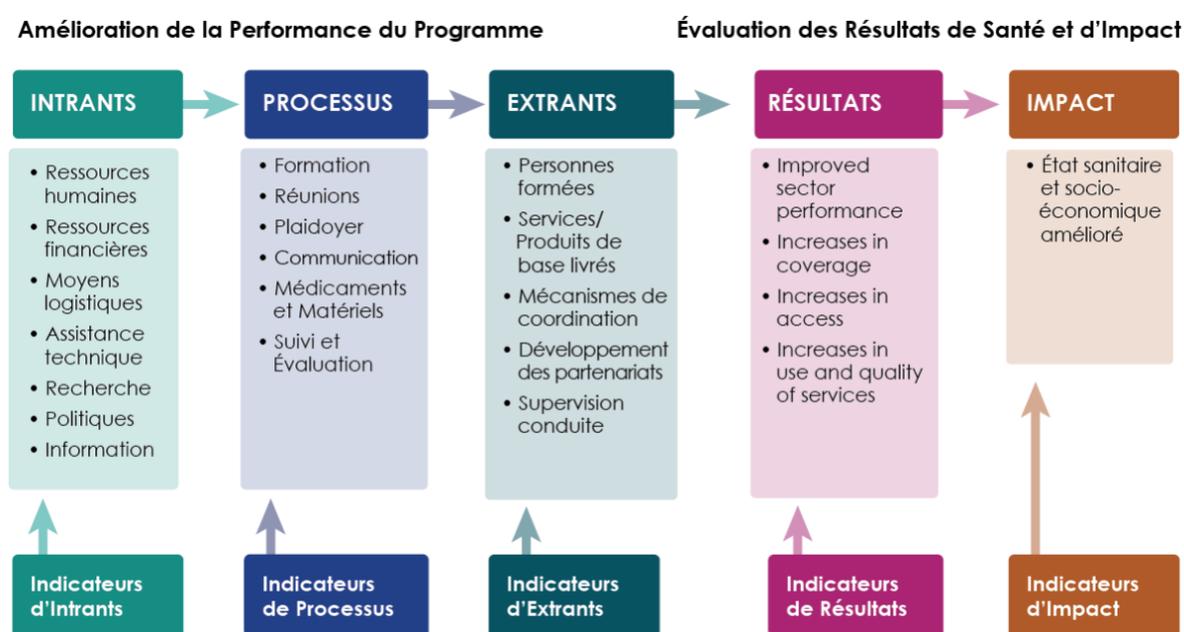
Ce module fournit une vue d'ensemble sur les quatre cadres les plus utilisés dans la SSE du paludisme. Il explique le concept et le but de chaque cadre et comment il est utilisé pour la planification des activités de SSE liées au paludisme

Objectifs du Module

À la fin de ce module, vous serez en mesure de :

- Nommer les principales fonctions d'un cadre.
- Faire une distinction entre les cadres conceptuels, les cadres de résultats, les cadres logiques et les modèles logiques.
- Montrer comment les cadres sont utilisés pour la planification du SSE.

Figure 10. Cadre de base pour le suivi et évaluation



Source : Groupe de Référence pour le Suivi et Évaluation du Partenariat Roll Back Malaria

Qu'est-ce qu'un Cadre de Suivi et Évaluation ?

Les cadres fournissent une description détaillée des composantes d'un programme et la séquence des étapes/procédés qui permettent d'atteindre les résultats escomptés d'un programme. Concevoir un cadre aide à élaborer des buts clairs et des objectifs mesurables pour le programme. Il aide également à définir les relations entre chacun des éléments ou facteurs d'un programme, ainsi que d'autres facteurs internes et externes qui pourraient influencer sur les résultats souhaités du programme.

En résumé, les cadres vous permettent de comprendre la façon dont un programme est censé fonctionner. Une autre fonction importante d'un cadre est d'aider à guider la mise en œuvre du programme et des plans de SSE.

Il existe quatre principaux types de cadres qui varient selon la fonction et/ou le type de programme. Il n'y a pas de cadre parfait qui s'adaptera aux besoins de chaque programme. Chaque cadre vous permettra de réfléchir à comment suivre et évaluer votre programme d'une manière différente. Il est bon d'avoir une compréhension de tous les quatre cadres, étant donné que diverses organisations partenaires utilisent et requièrent différents types de cadres.

Les quatre principaux types de cadres sont :

- Le cadre conceptuel
- Le cadre des résultats
- Le cadre logique
- Le modèle logique

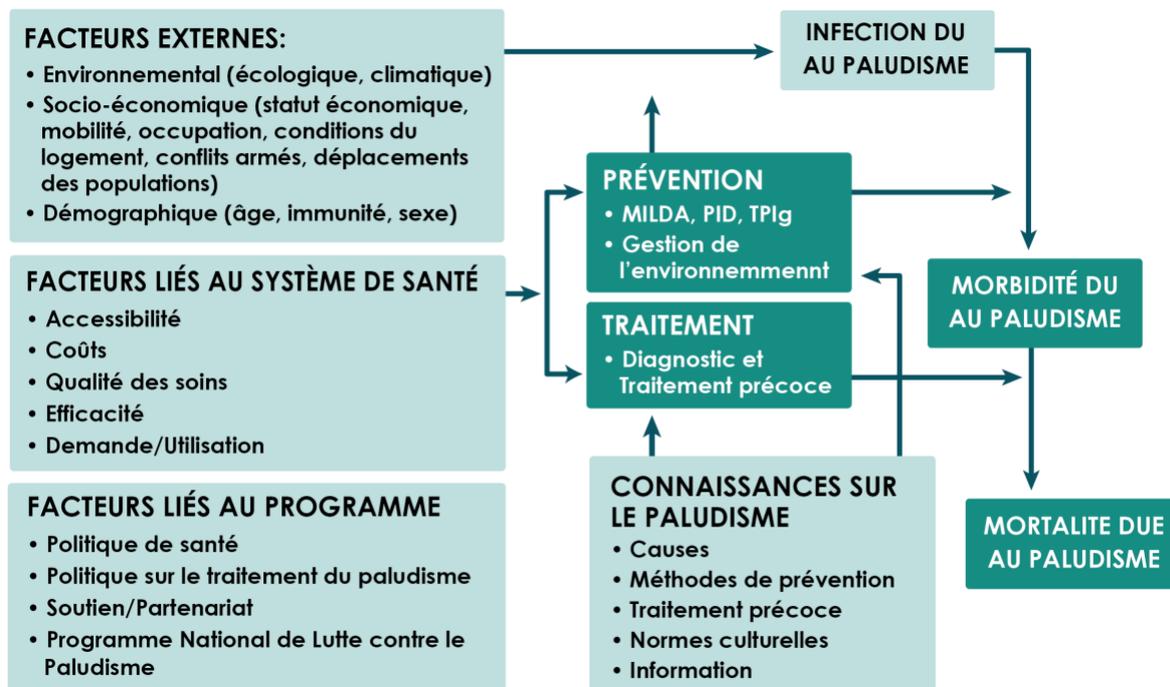
Cadre Conceptuel

Un **cadre conceptuel** est un schéma qui identifie et illustre les relations entre tous les facteurs systémiques, organisationnels, individuels, ou d'autres facteurs saillants qui peuvent influencer sur le fonctionnement du programme et le succès de la réalisation des objectifs du programme.

Un cadre conceptuel sert aux fins suivantes :

- Montrer comment le programme s'inscrit dans un contexte/environnement global.
- Clarifier les hypothèses sur les relations causales sur lesquelles le programme est fondé.
- Montrer comment les différentes composantes du programme fonctionneront pour influencer sur les résultats.
- Guider l'identification des indicateurs qui seront utilisées dans le cadre du programme pour la SSE de ses progrès, ses résultats et son impact.
- Guider l'évaluation d'impact en se basant sur la définition des relations entre les différents facteurs/composantes du programme.

Figure 11. Cadre Conceptuel : Fardeau du Paludisme



Ceci est un exemple de cadre conceptuel visant à réduire le fardeau du paludisme. Observe les facteurs externes qui contribuent à l'infection par le paludisme. Observe également l'influence des facteurs du programme sur le système de santé, ce qui influe sur les interventions de prévention et de traitement du paludisme. La connaissance du paludisme contribue également à l'intervention thérapeutique. En fin de compte, ces facteurs influent sur l'infection par le paludisme, qui a un impact sur la morbidité et la mortalité imputables au paludisme dans la population ciblée.

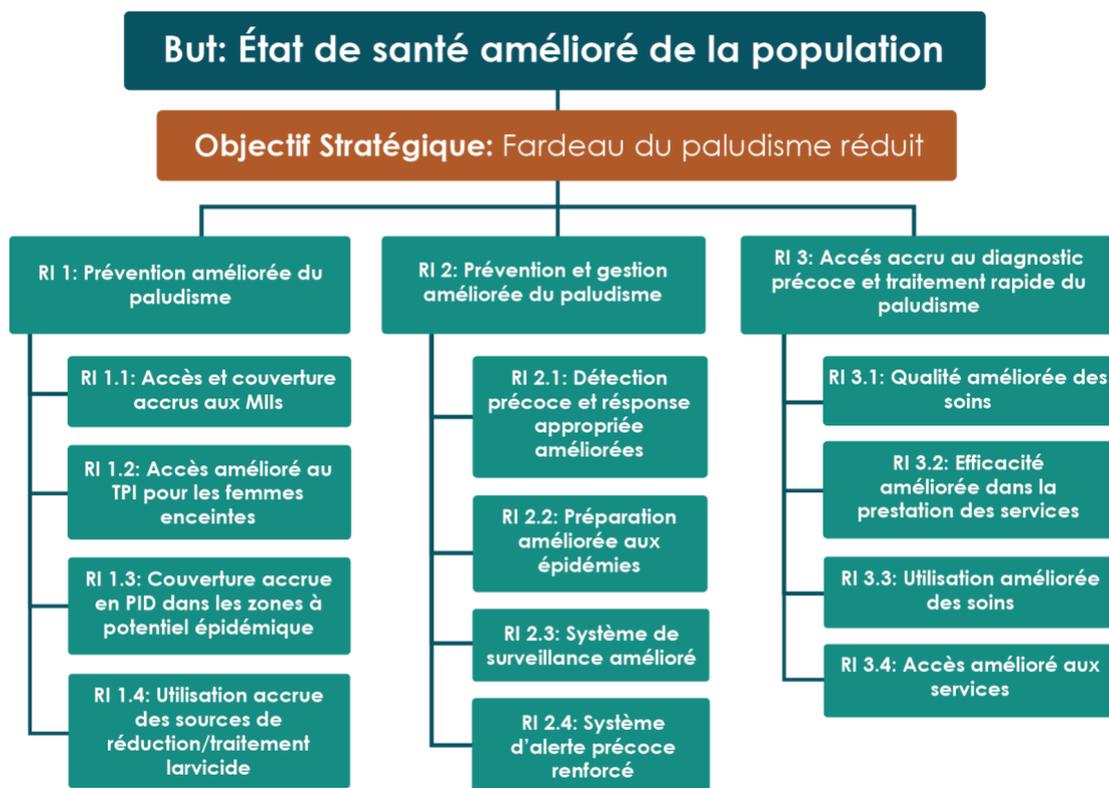
Cadre de Résultats

Un **cadre de résultats** est un diagramme qui décrit les relations de causalité directe entre les étapes progressives ou les résultats d'activités clés et l'**objectif global** et la finalité du programme ou de l'intervention. Il comprend un objectif global, des **objectifs stratégiques** et des **résultats intermédiaires**. Un objectif stratégique est une réalisation qui est le résultat le plus ambitieux qui peut être atteint et pour lequel l'organisation est prête à être tenue responsable. Un résultat intermédiaire est un résultat discret ou une réalisation qui est nécessaire pour atteindre un objectif stratégique. Le but et les objectifs stratégiques sont en haut du cadre, ce qui signifie que pour atteindre les objectifs stratégiques en général, les résultats intermédiaires (RI) doivent d'abord être atteints.

Les principaux objectifs qu'un cadre de résultats sert consistent à :

- Afficher les relations de cause à effet qui relient la réalisation progressive des résultats intermédiaires à l'impact complet du programme.
- Clarifier les relations entre les différents facteurs liés au programme et à fournir une base pour mesurer objectivement les résultats escomptés du programme ou de l'intervention.

Figure 12. Exemple de cadre de résultats pour un programme de prévention et de contrôle du paludisme



Cadre Logique

Un **cadre logique** est un tableau qui présente un résumé du programme et de sa logique. Dans l'exemple sur le programme de lutte contre le paludisme (sur la page suivante), il précise la finalité, le but et les objectifs du programme de même que les indicateurs de performance, les sources de données et les hypothèses relatives à chaque indicateur.

Un cadre logique sert à :

- Résumer ce que le projet entend faire et les moyens de le faire.
- Clarifier les principales hypothèses formulées lors de la conception du programme et la façon dont le programme est censé opérer.
- Décrire les principaux produits/extrants et les résultats qui peuvent être suivis et évalués.

Cadre Logique pour le Programme National de lutte contre le Paludisme

Voici un exemple de cadre logique.

Cet exemple de cadre logique énonce le but, l'objectif et les objectifs d'un programme national de lutte contre le paludisme, les indicateurs de performance qui seront mesurés, leurs sources de données et les hypothèses éventuelles.

Figure 13 : Exemple d'un cadre logique

Cadre logique : Programme National de lutte contre le Paludisme			
	Indicateurs de performance	Moyens de Vérification	Hypothèses
Objectif final : Morbidity et mortalité dues au paludisme réduites	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'incidence et de prévalence du paludisme Taux de mortalité due au paludisme 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports annuels Enquêtes Systèmes de Surveillance Démographique et de Santé Enquêtes Démographiques et de Santé 	<ul style="list-style-type: none"> Stabilité politique Stabilité environnementale (absence de catastrophes naturelles)
But : Réduire de 50 % la morbidité et la mortalité dues au paludisme d'ici 2020	<ul style="list-style-type: none"> Couverture des interventions de contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports annuels Enquêtes Vérification des registres 	<ul style="list-style-type: none"> La résistance au traitement sera réduite à travers des médicaments plus efficaces et abordables
Objectifs : Augmenter tous les deux ans de 10 % la proportion d'enfants de moins de cinq ans et de femmes enceintes qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	1.1 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MILDA la nuit précédente 1.2 Pourcentage de femmes enceintes qui ont dormi sous une MILDA la nuit précédente 1.3 Résultat : Augmentation de l'utilisation appropriée des MILDAs par les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> Enquêtes communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des MILDAs Subvention pour les MILDAs Connaissance et acceptation élevée des MILDAs par les populations

Modèles Logiques

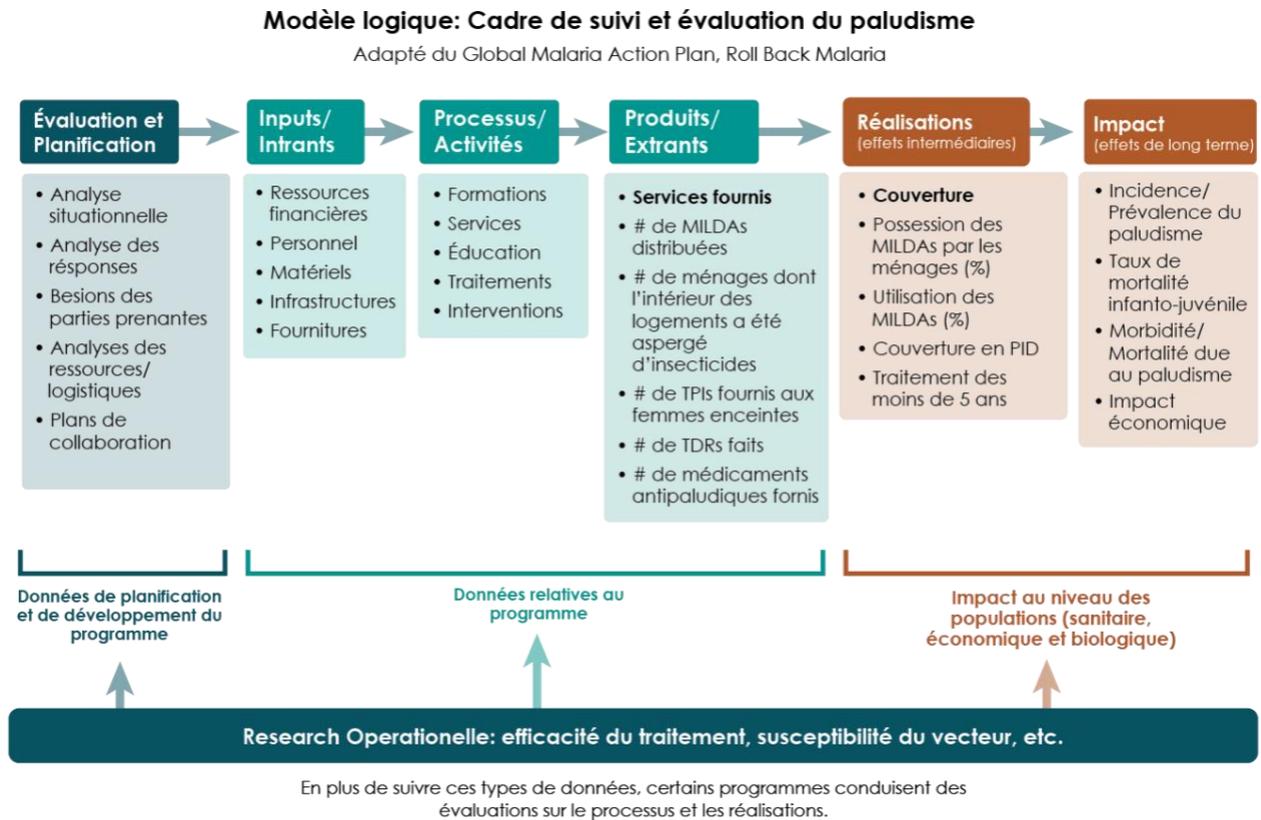
Les **modèles logiques** sont des diagrammes qui permettent d'identifier et d'illustrer les relations linéaires entre les apports/intrants, les processus/activités, les produits/extrants, les effets/résultats et l'impact d'un programme. Le diagramme sert à montrer comment les intrants affectent les processus/activités, qui à leur tour permettent de produire des résultats immédiats ou produits/extrants qui conduisent finalement à l'impact de long terme. Dans l'exemple (sur la page suivante), nous pouvons voir que les intrants et les processus/activités sont liés à la réalisation du résultat global consistant à une augmentation de la couverture des interventions de prévention du paludisme, qui est liée à son tour à la réduction de l'incidence du paludisme et la morbidité et la mortalité dues au paludisme.

Un modèle logique sert à :

- Fournir une interprétation rationalisée de l'utilisation des ressources et des résultats escomptés.
- Clarifier les hypothèses du programme à propos des relations linéaires entre les principaux facteurs pertinents pour obtenir les résultats souhaités.

L'exemple montre que les intrants et les processus sont liés à la réalisation des objectifs global d'accroître le taux de couverture des interventions de prévention du paludisme, toute chose qui est liée à la réduction de l'incidence du paludisme à savoir la morbidité et de la mortalité liées au paludisme.

Figure 14. Exemple d'un modèle logique



Résumé des Différents Cadres de SSE

Testez vos connaissances sur les cadres en répondant aux questions ci-dessous.

Résumé sur les Cadres

1. Connectez chaque cadre à sa description en glissant la description au cadre approprié.

Cadre conceptuel	Décrit l'interaction de divers facteurs sur les résultats
Cadre de résultats	Relie logiquement les objectifs du programme.
Cadre logique	Relie de façon logique les objectifs du programme aux produits/extrants et activités.
Modèle logique	Relie logiquement les intrants, processus, et extrants/produits aux résultats et à l'impact d'un programme.

2. Connectez le type de cadre à la description de chaque gestion du programme.

Cadre conceptuel	Montre la relation causale entre les objectifs du programme.
Cadre de résultats	Montre la relation de cause à effet entre les intrants/inputs et les objectifs.
Cadre logique	Détermine quels facteurs le programme influencera.
Modèle logique	Indique la relation entre les activités et objectifs.

3. Connectez le type de cadres avec sa fonction en termes de SSE en glissant la description au cadre approprié.

Cadre conceptuel	Sert de base pour la SSE au niveau des extrants/produits et des objectifs.
Cadre de résultats	Ne sert pas de base pour la SSE ; cependant il peut aider à expliquer les résultats.
Cadre logique	Sert de base pour la SSE à tous les niveaux du programme.
Modèle logique	Sert de base pour la SSE au niveau des objectifs.

Résumé sur les Cadres : Bonne Réponses

1. Connectez chaque cadre à sa description en glissant la description au cadre approprié.

Cadre conceptuel	Décrit l'interaction de divers facteurs sur les résultats.
Cadre de résultats	Relie logiquement les objectifs du programme.
Cadre logique	Relie de façon logique les objectifs du programme aux produits/extrants et activités.
Modèle logique	Relie logiquement les intrants, processus, et extrants/produits aux résultats et à l'impact d'un programme.

2. Connectez le type de cadre à la description de chaque gestion du programme.

Cadre conceptuel	Détermine quels facteurs le programme influencera.
Cadre de résultats	Montre la relation causale entre les objectifs du programme.
Cadre logique	Indique la relation entre les activités et objectifs.
Modèle logique	Montre la relation de cause à effet entre les intrants/inputs et les objectifs.

3. Connectez le type de cadres avec sa fonction en termes de SSE en glissant la description au cadre approprié.

Cadre conceptuel	Ne sert pas de base pour la SSE ; cependant il peut aider à expliquer les résultats.
Cadre de résultats	Sert de base pour la SSE au niveau des objectifs.
Cadre logique	Sert de base pour SSE au niveau des extrants/produits et des objectifs.
Modèle logique	Sert de base pour la SSE à tous les niveaux du programme.

Utilisation des Cadres pour la Planification du SSE

Les cadres servent à guider le processus de planification de SSE. Ils aident à clarifier les hypothèses du programme, les objectifs et les interrelations entre les facteurs, et à définir les objectifs du programme. Le cadre peut être utilisé pour sélectionner et planifier les activités, ainsi que pour définir les différents niveaux de performance et les résultats désirés des activités prévues.

Les plans de SSE sont basés sur le cadre du programme. Les plans intègrent les hypothèses du programme, les objectifs et une description de la façon dont le programme est censé fonctionner. En outre, un cadre aide à l'identification et la sélection d'indicateurs appropriés pour mesurer le progrès et l'impact du programme.



Plans de SSE pour différents pays

Résumé sur les Cadres

Le tableau ci-dessous fournit un bon résumé des quatre principaux cadres de SSE, illustrant leurs principaux objectifs et comment elles diffèrent légèrement en termes de centre d'intérêt et fonction.

Tableau 4. Les quatre cadres SSE

Type de cadre	Brève description du cadre	Fonction en termes de gestion du programme	Base pour le SSE
Cadre conceptuel	Identifie et montre les relations entre les différents facteurs qui influencent le fonctionnement du programme et la réalisation des objectifs du programme.	Aide à déterminer les facteurs que le programme va influencer	Ne sert pas de base au SSE
Cadre de résultats	Les objectifs du programme	Montre la relation causale entre les objectifs du programme.	Sert de base au SSE au niveau des objectifs.
Cadre logique	Relie de façon logique les objectifs, extrants/produits et activités du programme.	Activités, Extrants/produits et Objectifs	Sert de base au SSE au niveau des extrants/produits et objectifs.
Modèle logique	Relie de façon logique les intrants, activités et extrants/produits aux réalisations et à l'impact du programme.	Montre la relation de causalité entre les intrants, activités et extrants/produits et les réalisations et l'impact du programme.	Sert de base au SSE à tous les niveaux du programme, des intrants, activités et extrants/produits jusqu'aux réalisations et à l'impact du programme.

Évaluation du Module 5

Questions

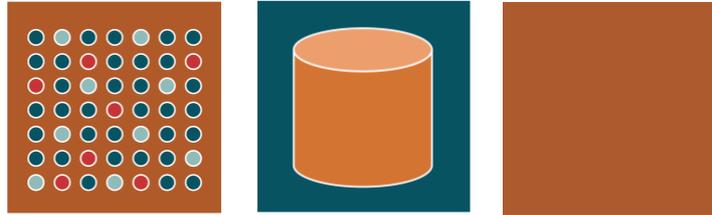
1. *Vrai ou Faux* : Un cadre sert à produire un examen détaillé des volets du programme et la séquence des étapes/processus qui contribuent à atteindre les résultats escomptés du programme.
 - a. Vrai
 - b. Faux

2. Quel type de cadre correspond à la description suivante ? « Un diagramme qui illustre la relation de causalité reliant tous les niveaux des objectifs d'un programme, des résultats intermédiaires jusqu'aux objectifs stratégiques plus généraux. »
 - a. Cadre de résultats
 - b. Modèle logique
 - c. Cadre logique
 - d. Cadre conceptuel

3. *Vrai ou Faux* : un cadre logique guide le processus de suivi et d'évaluation, en aidant à clarifier les hypothèses du programme, les objectifs, le niveau de performance escompté ou les réalisations désirées.
 - a. Vrai
 - b. Faux

Bonnes Réponses

1. *Vrai ou faux* : un cadre sert à produire un examen détaillé des volets du programme et la séquence des étapes/processus qui contribuent à atteindre les résultats escomptés du programme.
 - a. **Vrai : les cadres fournissent une description détaillée des composantes d'un programme et la séquence des étapes/procédés qui permettent d'atteindre les résultats escomptés d'un programme.**
2. Quel type de cadre correspond à la description suivante ? « Un diagramme qui illustre la relation de causalité reliant tous les niveaux des objectifs d'un programme, des résultats intermédiaires jusqu'aux objectifs stratégiques plus généraux. »
 - a. **Cadre de résultats : un cadre de résultats est un diagramme qui décrit les relations de causalité directe entre les étapes progressives ou les résultats d'activités clés et l'objectif global et la finalité du programme ou de l'intervention.**
4. *Vrai ou Faux* : un cadre logique guide le processus de suivi et d'évaluation, en aidant à clarifier les hypothèses du programme, les objectifs, le niveau de performance escompté ou les réalisations désirées.
 - a. **Vrai : un cadre permet de guider le processus de M&E, en aidant à clarifier la logique du programme (et les hypothèses), les objectifs et le niveau de performance souhaités.**



MODULE 6 :

LES INDICATEURS POUR LA SURVEILLANCE, LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

MODULE 6 : LES INDICATEURS POUR LA SURVEILLANCE, LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Ce module apprend aux participants à identifier et à élaborer de bons indicateurs pour les programmes de lutte contre le paludisme. Plus précisément, il couvrira les critères pour la sélection de bons indicateurs, comment critiquer les indicateurs, la manière dont les indicateurs sont liés à des cadres et les différentes sources des principaux indicateurs de programmes de lutte contre le paludisme.



© Bonnie Gillespie, Voix pour un Futur Sans Paludisme

Objectifs du Module

À la fin de ce module, vous serez en mesure de :

- Identifier les forces et les faiblesses des indicateurs de programmes de lutte contre le paludisme.
- Identifier les critères de sélection d'indicateurs appropriés.
- Expliquer la façon dont les indicateurs sont liés aux cadres (modèles logiques, conceptuels, de résultats et cadres logiques).
- Identifier les sources pour les indicateurs liés au paludisme prédéfinis et qui correspondent aux normes mondiales

Qu'est-ce qu'un Indicateur ?

Un indicateur est une variable qui mesure un aspect d'un programme, d'un projet ou d'une réalisation liée à la santé. Il sert à mesurer la valeur du changement au fil du temps en unités significatives, permettant une comparaison entre une valeur de base et une valeur future. Les indicateurs sont le plus souvent exprimés sous une forme quantitative, comme un pourcentage ou un nombre.

Étant donné que les indicateurs mesurent seulement un aspect d'un programme, d'un projet ou d'une réalisation liée à la santé, un ensemble approprié d'indicateurs comprendront au moins un indicateur pour chacun des aspects du programme ou du projet. Dans de nombreux cas, il y aura de 2 à 3 indicateurs pour chaque aspect du programme ou projet en vue d'obtenir l'information nécessaire à la prise de décisions.

Mesures des indicateurs couramment utilisés

Nombre

Exemples : nombre de prestataires de services formés ; nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribués

Calculs

Pourcentages, taux et ratios

Exemple : proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédente

Indice

Mesures composites

Exemple : indice de bien-être économique

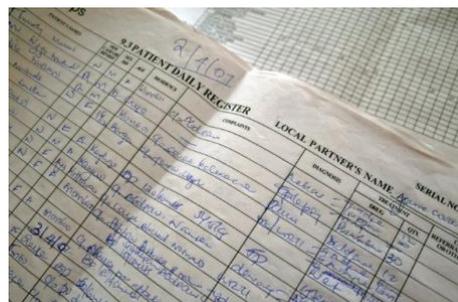
Seuil

Présence ou absence ; seuil ; un niveau préétabli ou standard

Exemple : seuil épidémique pour la détection précoce

Fonction des Indicateurs

Les indicateurs sont au cœur des efforts de SSE, car ils permettent de réduire une grande quantité de données à leur forme la plus simple. Ils fournissent des renseignements essentiels pour un programme/projet, en signalant la nécessité des mesures correctives en termes de gestion, en permettant l'évaluation de l'efficacité des diverses mesures de gestion et en permettant de démontrer si les objectifs du programme ou du projet vont être atteints.



© Bonnie Gillespie, Voix pour un Futur Sans Paludisme

Caractéristiques d'un Bon Indicateur

Un bon indicateur doit avoir les caractéristiques suivantes :

- **Valide** : Un indicateur valide est un indicateur qui est une mesure précise d'un comportement, d'une pratique ou d'une tâche. En d'autres termes, il mesure ce qu'il est censé mesurer.
- **Fiable** : L'indicateur peut être mesuré systématiquement de la même façon par différents observateurs.
- **Mesurable** : L'indicateur est quantifiable à l'aide d'outils et de méthodes disponibles.
- **Précis** : Un indicateur qui est défini sur le plan opérationnel en des termes clairs et bien spécifiés.
- **En Temps Opportun** : L'indicateur fournit une mesure à des intervalles de temps qui sont pertinents et appropriés pour les objectifs et activités du programme.
- **Important pour le Programme** : Un indicateur qui est lié à un impact sur la santé publique ou à la réalisation des objectifs qui sont nécessaires à l'impact.

Exemples d'Indicateurs

Il est important de vérifier que les indicateurs que vous avez choisis pour votre programme / projet répondent à chacun de ces critères. En utilisant ces caractéristiques pour vous guider et compte tenu de l'objectif que vous essayez d'atteindre, identifiez les forces et les faiblesses des indicateurs potentiels dans l'exemple.

Exemple 1 :

Objectif : Réduire la morbidité due au paludisme dans la communauté Z.

Indicateur : Taux de prévalence de la parasitémie dans la communauté Z.

Limitations : Cet indicateur n'est pas nécessairement une mesure valide de la morbidité liée au paludisme dans une localité. Il est possible que vous testiez positif pour les parasites du paludisme, mais ne présentiez aucun symptôme dans une région dans laquelle la transmission du paludisme est stable. Il est important de tenir compte de ces nuances, étant donné que le paludisme est une maladie complexe, ce qui rend difficile la surveillance, le suivi et l'évaluation des programmes de prévention et de lutte.

Exemple 2 :

Objectif : Augmenter la connaissance en matière de prévention et de traitement du paludisme chez les adultes âgés de 15 ans et plus dans la communauté X.

Indicateur : Nombre de personnes touchées par les campagnes de communication pour le changement de comportement (CCC).

Limitations : Dans cet exemple, la proportion d'adultes âgés de 15 ans et plus exposés aux messages sur la prévention et le traitement du paludisme (dans la population cible) serait une mesure plus précise et valide de cet objectif. L'indicateur ne permet pas de mesurer l'objectif tel que défini. Il mesure le nombre de personnes qui ont été touchées par la campagne, et non la connaissance en matière de prévention et de traitement du paludisme au sein de la communauté. En outre, l'indicateur n'est pas précis. L'objectif est d'accroître la connaissance parmi les adultes âgés de 15 ans et plus. L'indicateur précise seulement le « nombre de personnes » et n'est pas spécifique au groupe d'âge ciblé.

Exemple 3 :

Objectif : Augmenter la possession des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) dans la communauté Y.

Indicateur : Nombre de MIIs qui ont été distribuées par le centre de santé dans la communauté Y.

Limitations : Dans cet exemple, la proportion de ménages ayant au moins une MII serait une mesure plus valide et précise de cet objectif. L'indicateur n'est pas valide ni précis. Tout d'abord, l'indicateur ne mesure pas ce qu'il est censé mesurer, la possession des MIIs par les ménages. Deuxièmement, l'indicateur est vague et n'est pas précis, parce qu'il ne permet que de capturer le nombre de MIIs distribuées par le centre de santé et ne tient pas compte du fait qu'il pouvait y avoir d'autres programmes de distribution des MIIs qui pourraient avoir également augmenté la possession des MIIs dans la communauté.

Exemple 4 :

Objectif : Au moins 80 % des femmes enceintes reçoivent chaque mois un traitement préventif intermittent lors de leur visite prénatale à la clinique Y.

Indicateur : Nombre de femmes enceintes ayant reçu un traitement préventif intermittent lors de leur dernière visite prénatale.

Limitations : Dans cet exemple, la mesure de la proportion de femmes enceintes ayant reçu un traitement préventif intermittent lors de leur dernière visite prénatale au cours du dernier mois serait une meilleure façon de mesurer cet objectif. L'indicateur ne précise pas la fréquence de la mesure, par conséquent le calendrier de la collecte de données pourrait ne pas permettre à l'indicateur de saisir si le programme a atteint son objectif ou non.

La Sélection des Indicateurs pour Votre Programme de Prévention du Paludisme

Il y a un certain nombre de facteurs qui sont importants à considérer lorsque vous devez choisir des indicateurs pour votre programme de lutte contre le paludisme :

- Est-ce que l'indicateur est lié au cadre logique de votre programme/projet ?
- Correspond-il à vos besoins programmatiques et fournit-il des informations précieuses pour la prise de décisions ?
- Avez-vous les ressources nécessaires pour être en mesure de collecter les données ? Avez-vous les ressources humaines nécessaires ?
- Quelles sont les exigences externes du programme/projet, par exemple, est-ce que le gouvernement ou bailleurs de fonds ont d'autres exigences précises en matière de rapports/comptes rendus ?
- Les données sont-elles disponibles/accessibles ?
- Existe-t-il des indicateurs standards que vous pourriez utiliser qui faciliteraient le partage et la comparaison des données à travers d'autres programmes ?

Erreurs communes dans le choix des indicateurs

- Indicateurs qui ne sont pas liés aux activités du programme.
- Sélectionner des indicateurs qui n'existent pas couramment et qui ne peuvent pas être collectés de façon réaliste.
- Les indicateurs de processus sont utilisés pour mesurer les effets ou l'impact d'un programme.
- Un indicateur n'est pas très sensible au changement.
- Sélectionner trop d'indicateurs.
- L'indicateur ne représente pas exactement le résultat escompté du programme.
- L'indicateur est difficile à interpréter ou trop vague et mal défini.
- Les données nécessaires pour calculer l'indicateur ne sont pas disponibles.

Voir le panneau de droite pour lire les erreurs couramment faites dans le choix des indicateurs.

Niveaux d'Indicateurs

Il existe un certain nombre de différents niveaux d'indicateurs, comme illustré dans la pyramide ci-dessous. Les indicateurs pour les programmes contre le paludisme peuvent être mesurés principalement au niveau global, national, sous-national, du district et des établissements de santé. Les indicateurs sont utilisés à des fins distinctes à différents niveaux. Le plus souvent, le nombre et le type d'indicateurs à chaque niveau varient parce que les intervenants à chacun de ces niveaux ont des besoins différents en matière d'information. Par exemple, aux niveaux national et mondial, les indicateurs portent généralement sur la mesure des extrants du programme, les effets/résultats et l'impact. Dans l'ensemble, un plus petit nombre d'indicateurs sont présentés, tandis qu'à l'échelle des districts et des établissements de santé,

Figure 15. Niveaux d'indicateurs pour les programmes contre le paludisme



plusieurs indicateurs sont généralement recueillis afin de capturer les informations nécessaires à la gestion du programme.

Dans la plupart des cas, les indicateurs pour les hauts niveaux de la pyramide sont liés à ceux des échelons inférieurs. Dans de nombreux cas, des données seront recueillies aux niveaux inférieurs (province/district) et ensuite transmis au niveau national, puis sur jusqu'à l'échelle mondiale.

Global

Le niveau mondial se réfère à des organismes internationaux, tels que l'Organisation mondiale de la Santé ou le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Ces organismes, généralement collectent des données sur la couverture et l'impact des interventions de prévention et de contrôle du paludisme, pour évaluer les progrès des pays et régions au fil du temps ainsi que pour être en mesure de comparer les progrès de chaque pays. En outre, ils collectent des informations afin d'être en mesure d'évaluer leurs investissements dans des programmes de lutte contre le paludisme.

National/Sous-national

Le niveau national/sous-national se réfère à des agences ou organisations qui sont responsables du soutien aux efforts déployés sur les plans nationaux ou régional/provincial pour lutter contre le paludisme à l'intérieur d'un pays. Un exemple d'un organisme national serait un Programme National de Lutte contre le Paludisme logé au sein du Ministère de la santé. À ce niveau, l'agence peut exiger des renseignements concernant les évaluations de la couverture pour justifier de nouveaux investissements dans leur programme et d'évaluer les zones ayant le plus grand besoin d'interventions contre le paludisme dans le pays.

Niveau des Districts ou des Etablissements de Santé

Les exigences en matière d'information sont beaucoup plus grandes au niveau du district et des centres de santé. À ce niveau, d'amples informations sont généralement collectées sur les intrants du programme (c'est-à-dire ressources humaines, médicaments et fournitures, etc.), différentes activités du programme (c'est-à-dire des formations pour le personnel), et les extrants/produits des programmes (c'est-à-dire nombre de leur personnel qui sont formés sur le diagnostic du paludisme). Cette information est utile pour la prise de décisions programmatiques ainsi que pour informer les gestionnaires sur la façon dont ils peuvent améliorer leurs programmes. Par exemple, les gestionnaires d'hôpitaux peuvent recueillir des renseignements permettant d'évaluer la qualité et les coûts de leurs services afin de décider ce qui doit être fait pour les améliorer. Les gestionnaires de district, d'autre part, peuvent avoir besoin d'informations sur la fourniture et l'utilisation des services de santé au sein de leur district pour la planification et budgétisation futures des services.

L'Opérationnalisation des Indicateurs

Après avoir sélectionné les indicateurs pour votre programme, la prochaine étape consiste à déterminer exactement comment chaque indicateur sera mesuré. En d'autres termes, une fois que vous avez vos indicateurs sélectionnés, vous devez les mettre en pratique. Ceci est fait en définissant tout d'abord chaque indicateur en termes précis et en établissant quelle mesure sera utilisée pour capturer l'indicateur. La deuxième étape consiste à définir exactement comment l'indicateur sera calculé. Pour des proportions ou des pourcentages, cela signifie que vous devez définir à la fois le numérateur et le dénominateur. Par

exemple, si notre indicateur était le pourcentage de la population qui a dormi sous une MII la nuit précédente, le numérateur et le dénominateur serait définie comme suit :

Numérateur : Nombre de personnes qui ont dormi sous une MII la nuit précédente.

Dénominateur : Nombre total de personnes qui ont passé la nuit précédente dans les ménages enquêtés.

Pour plus d'information sur les indicateurs des MII voir cette [video](#).

Définir un indicateur et comment le calculer aussi précisément que possible aideront à garantir que toute personne utilisant les mêmes données arrive à la même valeur d'indicateur. Une fois que vous avez défini l'indicateur et comment il devrait être calculé, la prochaine étape consiste à écrire clairement des instructions détaillées sur la manière de recueillir, d'analyser et de présenter vos indicateurs. Souvent les programmes élaborent une Fiche de Référence des Indicateurs pour chaque indicateur dont ils sont responsables de la mesure. Les fiches de référence fournissent des informations détaillées sur la définition de l'indicateur ; comment il sera mesuré ; les plans de collecte des données ; les plans d'analyse des données, de présentation et vérification des données, l'examen des possibles problèmes de qualité de données ; le tableau sur les données de performances qui inclut les données de base/référence et les objectifs du programme pour l'indicateur en question.



Suivi des progrès au Kenya
© Bonnie Gillespie, Voix pour un Futur Sans Paludisme

Lier les Indicateurs aux Cadres

Les indicateurs que vous sélectionnez doivent être directement liés au cadre que vous utilisez pour concevoir votre programme, projet ou intervention. Si les indicateurs ne sont pas liés au cadre, il ne sera pas possible d'évaluer les progrès de votre programme ou intervention ou de vérifier s'il a atteint ses objectifs.

Exemple 1 : Modèle logique

Dans l'exemple de modèle logique présenté ici, vous voudriez sélectionner au moins un indicateur pour chacun des éléments du cadre. Dans certains cas, il est possible que vous ayez besoin d'indicateurs multiples pour chaque élément si vous êtes dans l'impossibilité de mesurer de façon complète l'élément avec un seul indicateur. Le nombre d'indicateurs par programme varie et sera fondé sur ce qui est nécessaire, les ressources disponibles et ce qui est faisable.

Tableau 5. Liens entre un modèle logique du paludisme et les indicateurs de programme

Éléments dans le modèle logique → Indicateurs	
Intrants/Inputs	
Ressources humaines	Nombre d'agents de santé communautaire dans la zone d'attraction du programme
Ressources financières	Le financement annuel du programme (\$)
Mlls	Nombre de Mlls achetées pour distribuer
Processus	
Formation des agents de santé communautaire sur la livraison des Mlls	Nombre de formations pour les agents de santé communautaire
Établir des points de distribution pour la vente de Mlls	Nombre de points de distribution de Mlls établis
Élaborer des campagnes de communication éducative sur une utilisation correcte des Mlls	Nombre de campagnes de communication éducative conduites
Extrant/Produit	
Agents de santé communautaire formés à la livraison de Mlls	Nombre d'agents de santé communautaire formés à la livraison des Mlls
Mlls vendues dans les sites de distribution	Nombre de Mlls vendues dans les sites de distribution
Mlls délivrées par les agents de santé communautaire	Nombre de Mlls délivrées par les agents de santé communautaire
Les campagnes de communication éducative conduites	Nombre de campagnes de communication éducative conduites
Effet/Résultat	
Possession de Mlls par les ménages	Proportion de ménages ayant au moins une Mll
Utilisation de Mlls par les ménages	Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une Mll la nuit précédente
Impact	
La mortalité due au paludisme	Nombre annuel de cas de paludisme enregistrés
La morbidité due au paludisme	Nombre annuel de décès dus au paludisme enregistrés

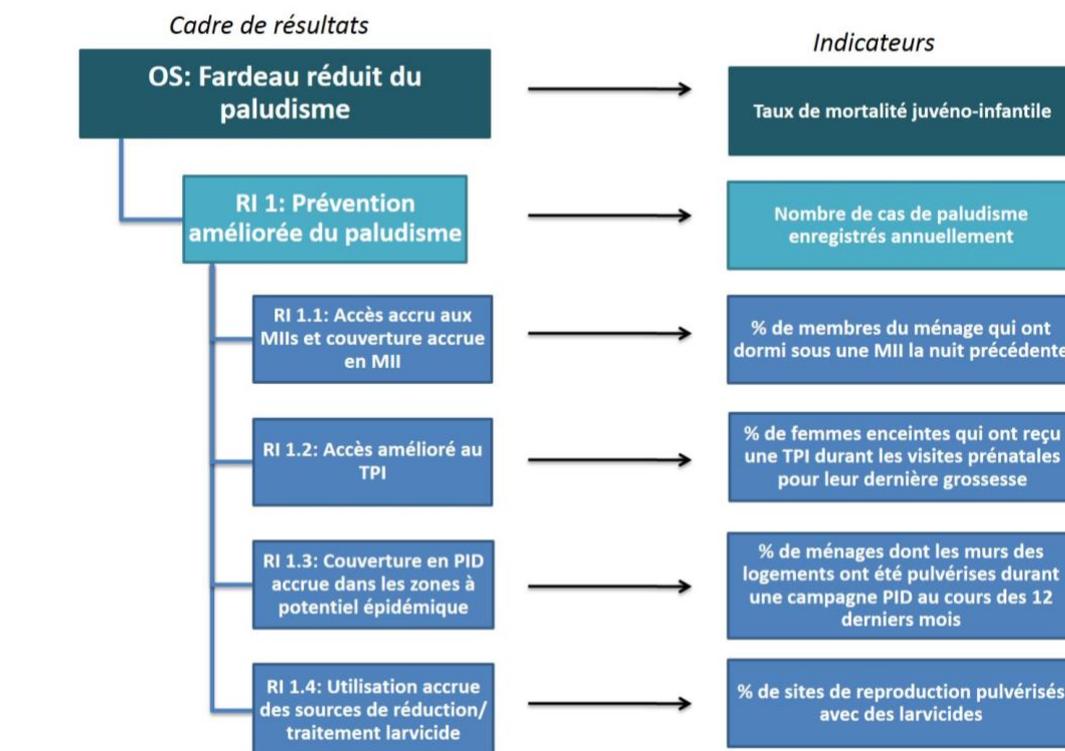
Tableau 6. Une autre façon de montrer les liens entre un modèle logique et des indicateurs

Éléments dans le modèle logique	Indicateurs
Intrants/Inputs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre d'agents de santé communautaire dans la zone d'attraction du programme 2. Le financement annuel du programme 3. Nombre de Mlls achetées pour distribuer
Processus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de formations pour les agents de santé communautaire 2. Nombre de points de distribution de Mlls établis 3. Nombre de campagnes de communication éducative conduites
Extrant/Produit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Campagnes de communication éducative conduites 2. Nombre d'agents de santé communautaire formés à la livraison des Mlls 3. Nombre de Mlls vendues dans les sites de distribution 4. Nombre de Mlls délivrées par les agents de santé communautaire 5. Nombre de campagnes de communication éducative conduites
Effet/Résultat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proportion de ménages ayant au moins une Mll 2. Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une Mll la nuit précédente
Impact	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre annuel de cas de paludisme enregistrés 2. Nombre annuel de décès dus au paludisme enregistrés

Exemple 2 : Cadre de Résultats

Ceci est un autre exemple de la façon dont les indicateurs sont liés à un cadre de résultats. Dans cet exemple, vous pouvez voir qu'un indicateur est élaboré pour le résultat intermédiaire (RI) ainsi que pour chacun des résultats sous-intermédiaires qui sont liés pour atteindre le résultat final.

Figure 16. Relier les cadres de résultats et les indicateurs



Conseils pour Lier les Indicateurs aux Cadres

Voici des règles générales pour la sélection des indicateurs pour votre programme :

- Sélectionnez au moins un à deux indicateurs par activité clé ou résultat dans votre cadre. Idéalement, les données de vos indicateurs sélectionnés proviendront de différentes sources de données et non d'une seule source.
- Sélectionnez au moins un indicateur pour chaque activité principale de votre programme.
- Il ne doit pas y avoir plus de 8 à 10 indicateurs par domaine d'intérêt du programme.
- Lorsque c'est possible, utilisez une combinaison de stratégies de collecte de données et/ou sources pour renforcer la qualité des données.



Sélectionner un trop grand nombre d'indicateurs pour suivre votre programme peut constituer un fardeau énorme et vous entraînera vraisemblablement à ne pas utiliser les données.

Il est important de penser à ne pas sélectionner beaucoup d'indicateurs pour votre programme, mais assez pour être en mesure de suivre et d'évaluer les activités clés et les résultats définis dans le cadre du programme. Si vous avez un trop grand nombre d'indicateurs, la collecte de données pour les capturer peut-être un fardeau en matière de temps et de ressources pour le programme. Si vous sélectionnez des indicateurs qui sont liés au cadre de votre programme, ils vous fourniront en conséquence l'information nécessaire pour l'amélioration du programme et la prise de décision.

Sources d'Indicateurs sur le Paludisme

Il n'est pas nécessaire d'élaborer de nouveaux indicateurs pour chaque nouveau programme ou projet. Si possible, il est utile d'utiliser des indicateurs qui ont déjà été prédéfinis. Il y a quelques bonnes sources à considérer lorsque vous êtes dans le processus de sélection des indicateurs :

- Les indicateurs qui ont été utilisés dans le programme au cours des dernières années. Utiliser les mêmes indicateurs au fil du temps permet des comparaisons au fil de nombreuses années.
- Les indicateurs des programmes connexes ou similaires. Cela a l'avantage de permettre la comparaison entre les programmes qui offrent des services similaires ou mènent des activités semblables.
- Indicateurs recommandés or au niveau global : indicateurs du Groupe de Référence sur le Suivi et l'Évaluation du RBM, Fonds mondial, l'Initiative du président des États-Unis contre le paludisme (PMI) et d'autres partenaires clés. Cliquez sur les liens suivants pour obtenir des informations sur ces indicateurs :
 - [Indicateurs des enquêtes auprès des ménages pour la lutte contre le paludisme](#)
 - [Indicateurs Fonds mondial](#)
 - [Guide de référence des indicateurs de la CCC relative au paludisme](#)

Points Forts et Limites des Indicateurs

Il est important de se rappeler que tous les indicateurs ont des limites même s'il y a des indicateurs qui sont bien meilleurs et plus appropriés que d'autres. Même les indicateurs que nous utilisons couramment dans les programmes de lutte contre le paludisme ont leurs propres limites. Il est essentiel que l'on soit conscient et comprenne ses points faibles.

Par exemple, de nombreux indicateurs du paludisme ciblent les enfants de moins de cinq ans, par conséquent on demande aux personnes en charge de prendre soins des enfants de donner l'âge de chaque enfant dans le ménage. Sans une formulation précise de cette question lors des enquêtes, les réponses à cet indicateur seront sujet à un biais de rappel qui peut entraîner "un cumule" de dates. Cela se produit lorsque les personnes enquêtées ne sont pas en mesure de se rappeler exactement la date exacte à laquelle quelque chose est arrivé dans le passé et ils arrondissent à une date plus commune. Par exemple, au lieu de dire qu'un enfant a 4 ans et 11 mois, il se réunit et dit 5 ans. Un autre exemple concerne l'indicateur utilisé pour mesurer l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide et à longue durée chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Cet indicateur est sujet à deux principaux types de biais. Le premier est le biais de désirabilité sociale, qui se produit lorsque l'interviewé rapporte ce qu'il / elle pense que le collecteur de données aimerait entendre, plutôt que de rapporter avec précision ce qu'il en est. Le second est le biais temporel qui dû à la période de la tenue de l'enquête par rapport à la saison de transmission du paludisme. La transmission du paludisme est plus élevée pendant la saison des pluies que pendant la saison sèche, de sorte que les enfants peuvent être plus susceptibles de dormir sous une

MII pendant certains mois de l'année que d'autres. Ce biais est pertinent lorsque l'on fait des comparaisons dans le temps avec des enquêtes qui se sont déroulées pendant différentes saisons.

Un autre exemple, l'indicateur couramment utilisé pour mesurer la couverture de la pulvérisation intra domiciliaire est soumis à un biais de rappel qui peut conduire à ce qu'on appelle « l'attraction des nombres ronds » pour les dates. Cela se produit lorsque les individus ne sont pas en mesure de se rappeler exactement la date correcte d'un événement qui s'est produit dans le passé et ils arrondissent jusqu'à une date plus commune. Par exemple, au lieu de dire que leur maison a été pulvérisée il y a 11 mois, ils arrondissent et disent il y a 1 an.

Un autre exemple concerne l'indicateur utilisé pour mesurer l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide/ moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Cet indicateur est soumis à deux principaux types de biais. Puisque l'indicateur est basé sur des données auto-déclarées, il peut être sujet à un biais de désirabilité sociale, ce qui peut se produire, par exemple, lorsque la personne enquêtée déclare ce qu'elle considère comme ce que l'enquêteur aimerait entendre, plutôt que de fournir des informations exactes. Le second biais survient en raison du moment où l'enquête est mise en œuvre par rapport à la saison de transmission du paludisme.

La transmission du paludisme est plus élevée durant la saison des pluies que pendant la saison sèche, et peut donc influencer sur les niveaux d'utilisation de MII/MILDA. Ainsi, la saison au cours de laquelle l'enquête est mise en œuvre doit être prise en compte lors de l'analyse de vos données.

Il est important de noter que deux problèmes particuliers peuvent affecter l'interprétation des résultats obtenus à partir des enquêtes auprès des ménages il s'agit de : l'endémicité et la saisonnalité du paludisme.

Endémie du Paludisme

Le premier problème pouvant affecter l'interprétation des valeurs des indicateurs implique la définition de la population cible. Comme indiqué précédemment, les objectifs de RBM stipulent que les indicateurs de couverture doivent être mesurés parmi la population cible définie comme ceux à risque de paludisme. Pour les pays où le paludisme est endémique ou à tendance épidémique, cette question ne devrait pas être particulièrement préoccupante vu que la stratification par résidence urbaine et rurale est effective, comme c'est généralement le cas avec les enquêtes comme l'Enquête démographique et de santé (EDS), Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), et l'Enquête sur les indicateurs du paludisme (EIP). Dans les pays où les populations sont nombreuses dans les zones où le paludisme n'existe pas, comme les zones montagneuses ou les déserts, les estimations nationales, telles que celles obtenues par les enquêtes EDS et MICS, engendreront probablement une sous-estimation de la couverture paludisme. Dans une telle situation, il est souhaitable de collecter des informations supplémentaires permettant de savoir si la zone de dénombrement se trouve à l'intérieur ou à l'extérieur d'une zone à risque de paludisme ; ensuite, lors de l'analyse des données, l'analyse peut être limitée aux domaines d'enquête considérés comme étant prône au paludisme.

Saisonnalité

Une deuxième considération qui affecte l'interprétation des résultats de l'enquête est la période de l'enquête par rapport à la saison de transmission du paludisme (saison des pluies et début de la saison des pluies). Les enquêtes EIP sont généralement menées pendant et immédiatement après la saison des pluies et devraient se terminer au plus tard quatre à six semaines après la fin des pluies, car cette période est associée à une transmission maximale. Pour des raisons opérationnelles, cependant, les enquêtes EDS et

MICS peuvent être menées pendant la saison sèche et donc en dehors de la période de transmission maximale du paludisme. La couverture de l'intervention ou les niveaux d'utilisation pouvant différer sensiblement d'une saison à l'autre, et la morbidité et la mortalité dues au paludisme différant selon la saison, l'interprétation des données obtenues doit tenir compte du caractère saisonnier de la période d'enquête. Il est également important de noter que les données sur la prévalence des parasites provenant d'enquêtes menées en dehors des périodes de transmission maximales ne constituent pas un indicateur fiable de la transmission de pointe ; par conséquent, la mesure du biomarqueur est recommandée uniquement pendant la saison de transmission du paludisme. Une analyse plus poussée de ces données est nécessaire pour mieux comprendre l'étendue de la relation entre la période des enquêtes et la couverture des interventions.

Évaluation du Module 6

Questions

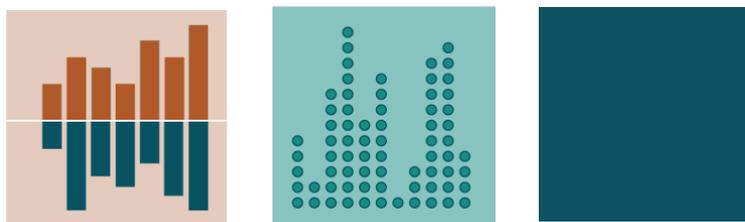
1. Si un indicateur mesure exactement ce qu'il était censé mesurer, laquelle des caractéristiques suivantes représente-t-il ?
 - a. Valide
 - b. Précis
 - c. Fiable
 - d. Important pour le programme
2. *Vrai ou Faux* : il est important d'avoir au moins un indicateur pour chaque aspect, composante ou activité importante de votre programme.
 - a. Vrai
 - b. Faux
3. Opérationnaliser un indicateur implique toutes les actions suivantes à l'exception de :
 - a. Établir comment un concept ou comportement donné sera mesuré
 - b. Élaborer une définition précise et une mesure pour l'indicateur
 - c. Définir la manière dont la valeur sera calculée de façon fiable
 - d. Former le personnel de SSE sur la façon de recueillir les indicateurs
4. *Vrai ou Faux* : il n'est pas nécessaire de lier votre indicateur au cadre que vous avez conçu pour votre programme/projet.
 - a. Vrai
 - b. Faux



© Bonnie Gillespie, Voices for a Malaria-Free Future

Bonnes Réponses

1. Si un indicateur mesure exactement ce qu'il était censé mesurer, laquelle des caractéristiques suivantes représente-t-il ?
 - a. **Valide** : si un indicateur mesure exactement ce qu'il est censé mesurer, alors il est valide.
2. *Vrai ou Faux* : il est important d'avoir au moins un indicateur pour chaque aspect, composante ou activité importante de votre programme.
 - a. **Vrai** : un ensemble approprié d'indicateurs pour un programme comprendrait au moins un indicateur pour chaque aspect important du programme. Dans de nombreux cas, il y aurait 2-3 indicateurs pour chaque aspect du programme afin d'obtenir les informations nécessaires à la prise de décision.
3. Opérationnaliser un indicateur implique toutes les actions suivantes à l'exception de :
 - d. **Former le personnel de SSE sur la façon de recueillir les indicateurs.**
L'opérationnalisation des indicateurs se réfère à établir comment un concept ou comportement donné sera mesuré, pour ensuite élaborer une définition précise et une métrique pour l'indicateur et définir comment il sera calculé de façon fiable
4. *Vrai ou Faux* : il n'est pas nécessaire de lier votre indicateur au cadre que vous avez conçu pour votre programme/projet.
 - b. **Faux** : les indicateurs qui sont choisis pour suivre et évaluer votre programme devraient être directement liés au cadre de votre programme. Etant donné que votre cadre expose la logique du programme et comment et ce qu'il faut atteindre, il est essentiel que les indicateurs que vous choisissez, soient directement liés au cadre de votre programme.



MODULE 7 :

LES SOURCES DES DONNÉES POUR LA SURVEILLANCE, LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES SUR LE PALUDISME

MODULE 7 : LES SOURCES DES DONNÉES POUR LA SURVEILLANCE, LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES SUR LE PALUDISME

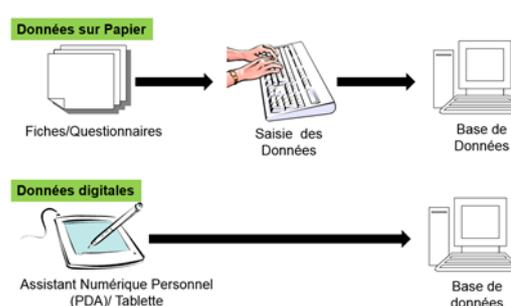
Ce module présente les sources et systèmes de données les plus utilisées dans les programmes de lutte contre le paludisme, et en particulier présente les différents types et sources de données, les points forts et faibles de ces sources de données et les différents problèmes affectant la qualité des données pour les programmes de lutte contre le paludisme.

Objectifs du Module

À la fin de ce module, vous serez en mesure de :

- Identifier les différentes sources et systèmes de données pour la SSE.
- Différencier les sources de données de routine et celles non-routinières.
- Identifier les forces et les faiblesses des sources de données les plus utilisées sur le paludisme.
- Identifier les différents éléments qui influent sur la qualité des données pour les programmes de lutte contre le paludisme.
- Identifier des stratégies permettant de lier les sources de données liées au paludisme.

Figure 17. Un exemple de flux de données



Circuit de traitement des données © Cours régional francophone de SSE, Burkina Faso, 2017

Introduction aux Sources de Données de Lutte contre le Paludisme

Les programmes ont besoin de données pour assurer le suivi de leurs activités, suivre leurs progrès au fil du temps, prendre les décisions relatives à leur gestion et pour leur amélioration. Pour collecter ces données, un programme a d'abord besoin d'un cadre qui décrit la façon dont le programme doit fonctionner. Les indicateurs devraient ensuite être sélectionnés sur la base du cadre, tout en tenant également compte des différentes sources de données qui sont disponibles.

Il existe un certain nombre de différentes sources de données liées au paludisme à utiliser comme on le démontre dans l'exemple à la page suivante. Quelques-unes des principales sources de données pour les programmes de lutte contre le paludisme comprennent les systèmes d'information sur la santé, les enquêtes auprès des ménages et celles auprès des établissements de santé, et les systèmes de surveillance. Il est important de se rappeler que pour que les sources de données soient utiles, elles doivent être : complètes, exactes, pertinentes et/ou représentatives, et disponibles en temps opportun.

Sources Potentielles des Données

Ce graphique (Figure 18) liste les sources potentielles de données pour les programmes de lutte contre le paludisme, qui sont décrites plus en détail dans cette section.

Figure 18. Sources de données potentielles pour les programmes de lutte contre le paludisme



Système d'information sanitaire de routine : Un système qui recueille et agrège les informations et données liées à la santé à plusieurs niveaux administratifs au sein d'un pays.

Recherches opérationnelles : Evaluation systématique et objective de la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et/ou la durabilité des services conçus pour améliorer la prestation des services.

Enquêtes nationales auprès des ménages : Enquête à grande échelle, représentative à l'échelle nationale menée auprès des ménages.

Enquêtes nationales auprès des ménages : Enquête à grande échelle, représentative à l'échelle nationale menée auprès des ménages.

Système d'information géographique (SIG), données satellitaires : Système qui capture, stocke, analyse, gère et présente des données qui sont spécifiquement liées à une zone géographique.

Système de surveillance : Un processus continu systématique d'appréciation de l'état de santé d'une population incluant quatre activités principales :

- La collecte de données pertinentes
- L'agrégation et la tabulation des données
- L'analyse et l'interprétation des données
- La dissémination et l'utilisation des données et résultats pour une décision

Surveillance sentinelle : Surveillance sentinelle se déroule dans un nombre réduit de formations sanitaires appelées sites sentinelles. Ces sites sentinelles sont sélectionnés sur la base de critères bien définis pour la collecte des données de routine et des données spécifiques au paludisme avec une périodicité variable.

Système de surveillance démographique et de santé : Ensemble d'opérations de terrain et informatiques pour gérer le suivi longitudinal d'entités bien définies ou de principaux sujets (personnes, ménages, etc.) et tous les résultats démographiques et sanitaires connexes dans une zone géographique clairement circonscrite.

Collecte de routine au niveau communautaire : Dans le cas de la collecte des données de routine de paludisme, la surveillance communautaire consiste en la détection, la notification, la riposte adéquate, et la pratique de SEE au niveau communautaire.

Système de suivi des activités : Système qui recueille les données relatives à la progression ou la mise en œuvre des activités d'un programme.

Recensement national : Opération permettant de recueillir de façon systématique et d'enregistrer des informations sur tous les membres d'une population à un niveau national.

Evaluation rapide : Enquête de petite envergure portant sur un petit échantillon fiable, et réalisée sur une courte durée afin d'examiner en général un nombre restreint de variables d'intérêt.

Données météorologiques : Données liées aux conditions météorologiques, comprenant par exemple des informations sur la température ambiante, les vents, l'humidité, les précipitations, etc.

Discussions de groupe et entrevues avec des informateurs clés : Méthode de collecte de données qualitatives pour obtenir des informations approfondies sur les concepts et les perceptions au sujet d'un certain sujet au moyen de groupes de discussion, qui sont guidés par un animateur.

Enquêtes auprès des établissements de santé : Enquêtes auprès d'un échantillon représentatif de centres de santé. L'objectif de ces enquêtes est souvent d'évaluer la prestation et la qualité des services fournis dans les établissements de santé.

Systèmes d'enregistrement d'état civil : Système national d'enregistrement de toutes les naissances et décès de citoyens et résidents d'un pays, y compris les causes de décès.

Types de Données de Base

Les données sont le plus souvent classées comme :

- routinières
- non-routinières
- qualitatives
- quantitatives

Routine vs. Non-Routine

Les données de routine sont des données qui sont collectées de façon continue ou régulière. Dans ce cas, elles peuvent être collectées de façon quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle. Par exemple, elles pourraient être des rapports hebdomadaires sur la quantité de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MIIs) distribuées dans les établissements de santé dans une communauté, ou le nombre d'enfants de moins de cinq ans ayant visité le centre de santé et qui ont été diagnostiqués avec le paludisme.

Exemples :

- Systèmes d'information sanitaire (SIS)
- Système de surveillance
- Rapports de service de routine
- Systèmes administratifs
- Systèmes d'état civil

Les données non-routinières sont des données qui sont collectées de façon périodique. Par exemple, elles sont collectées tous les trimestres, tous les ans, ou à intervalles de quelques années. Un bon exemple d'une source de données non-routinières est une enquête de population conduite tous les 3 à 5 ans. Du fait que ces types d'enquêtes sont à grande échelle nécessitant beaucoup de ressources et de temps, il est donc possible de les réaliser seulement à intervalle de quelques années.

Exemples :

- Systèmes de rapport du programme
- Enquêtes auprès des établissements de santé
- Enquêtes auprès des ménages
- Recensements
- Interviews
- Discussion de groupes
- Observations directes
- Recherches et études spéciales
- Evaluations rapides

Qualitative vs. Quantitative

Les données qualitatives sont descriptives et traitent des aspects qui ne peuvent être mesurés de manière numérique. Elles sont le plus souvent utilisées afin d'aider à comprendre les causes/raisons des

évènements ou faits observés. Par exemple, dans le but de comprendre pourquoi l'utilisation des MII n'est pas courante dans une communauté, un chercheur peut mener des entrevues qualitatives avec les membres de la collectivité pour mieux comprendre pourquoi ils/elles n'utilisent pas les MII.

Exemples :

- Entrevues en profondeur
- Entrevues auprès d'informateurs clés
- Discussion de groupe
- Observations directes

Les données quantitatives mesurent les caractéristiques de façon numérique ; par exemple, en utilisant un comptage ou une échelle. Ce type de données permet une analyse statistique qui permet de comprendre les différentes tendances ou les relations entre les différents facteurs.

Exemples :

- Systèmes d'information sanitaire (SIS)
- Systèmes de surveillance
- Enquêtes auprès des établissements sanitaires
- Enquêtes auprès des ménages
- Recensements
- Rapports de service de routine
- Systèmes d'enregistrement d'état civil
- Systèmes d'information géographiques (SIG)
- Télédétection

Quel type de source de données ?

Repensez aux exemples de types de source de données sur la page précédente, et répondez aux questions suivantes.

1. Sélectionnez toutes les sources de données suivantes qui sont classées comme de **routine**.
(Cochez toutes les cases.)
 - a. Enquêtes auprès des établissements de santé
 - b. Système de surveillance
 - c. Discussion de groupes
 - d. Systèmes administratifs

2. Sélectionnez toutes les sources de données suivantes qui sont classées comme **non routinières**.
(Cochez toutes les cases.)
 - a. Rapports sur les services de routine
 - b. Recensements
 - c. Système d'enregistrement d'état civil
 - d. Observations directes

3. Indiquer les deux types de données auxquels correspond l'exemple de données ci-dessous :
« Entrevues auprès des chefs de ménage pour comprendre pourquoi les MIIs ne sont pas utilisées dans la communauté Y. »
 - a. Quantitative
 - b. Routinière
 - c. Non-Routinière
 - d. Qualitative

4. Indiquer les deux types de données auxquels correspond l'exemple de données ci-dessous :
« Mener une enquête représentative au niveau national auprès des ménages pour recueillir des informations sur la population, la santé et la nutrition dans le pays. »
 - a. Quantitative
 - b. Routinière
 - c. Non-Routinière
 - d. Qualitative

5. Indiquer les deux types de données auxquels correspond l'exemple de données ci-dessous :
« Rapports mensuels des établissements de santé sur le nombre total de décès dus au paludisme sont envoyés au bureau de santé du district où ils sont compilés et cumulés avant leur envoi au niveau national. »
 - a. Quantitative
 - b. Qualitative

6. Indiquer les deux types de données auxquels correspond l'exemple de données ci-dessous :
- « Rapports mensuels des établissements de santé sur le nombre total de décès dus au paludisme sont envoyés au bureau de santé du district où ils sont compilés et cumulés avant leur envoi au niveau national. »
- Routinière
 - Non-Routinière
7. *Vrai ou Faux* : la déclaration suivante est un exemple de source de données **quantitatives** :
- « Discussion de groupe avec les agents de santé au sujet de leur perception de la qualité des soins dans les établissements de santé locaux sont organisés dans le but de comprendre pourquoi l'utilisation des services de santé est si faible dans la communauté. »
- Vrai
 - Faux
8. *Vrai ou Faux* : la déclaration suivante est un exemple de source de données **non routinières** :
- « Discussion de groupe avec les agents de santé au sujet de leur perception de la qualité des soins dans les établissements de santé locaux sont organisés dans le but de comprendre pourquoi l'utilisation des services de santé est si faible dans la communauté. »
- Vrai
 - Faux

Bonnes Réponses

1. Sélectionnez toutes les sources de données suivantes qui sont classées comme de **routine**.
(Cochez toutes les cases.)

b. Système de surveillance

d. Systèmes administratifs

En plus des systèmes de surveillance et des systèmes administratifs, d'autres exemples de données de routine incluent le système d'information sanitaire (SIS), les rapports de service de routine, et le système d'enregistrements d'état civil.

2. Sélectionnez toutes les sources de données suivantes qui sont classées comme **non routinières**.
(Cochez toutes les cases.)

b. Recensements

d. Observations directes

En plus des recensements et des observations directes, d'autres exemples de données non-routine incluent les rapports spéciaux des programmes, les enquêtes auprès des établissements de santé, les enquêtes auprès des ménages, les interviews, les groupes de discussions, la recherches et études spéciales et les évaluations rapides.

3. Indiquer les deux types de données auxquels correspond l'exemple de données ci-dessous :
« Entrevues auprès des chefs de ménage pour comprendre pourquoi les (MII) ne sont pas utilisées dans la communauté Y. »

c. Non-Routinière

d. Qualitative

L'information collectée est la perception et les croyances sur la transmission et la prévention du paludisme. Cette information ne peut pas être mesurée de façon numérique. Ce genre d'information ne peut pas être collectée de façon routinière, les attitudes et croyances ne changent pas rapidement ou souvent. Ce genre de source de données est donc considéré qualitatif ou non-routine.

4. Indiquer les deux types de données auxquels correspond l'exemple de données ci-dessous :
« Mener une enquête représentative au niveau national auprès des ménages pour recueillir des informations sur la population, la santé et la nutrition dans le pays. »

a. Quantitative

c. Non-Routinière

L'information collectée est sur des caractéristiques (population, santé et nutrition) qui peuvent être mesurées de façon numérique et sont collectées tous les 3 à 5 ans à cause des larges efforts et ressources nécessaires pour ces enquêtes. Ce genre de source de données est donc considéré quantitatif et non-routine.

5. Indiquer les deux types de données auxquels correspond l'exemple de données ci-dessous :
« Rapports mensuels des établissements de santé sur le nombre total de décès dus au paludisme sont envoyés au bureau de santé du district où ils sont compilés et cumulés avant leur envoi au niveau national. »

a. Quantitative

Le nombre de décès dus au paludisme peut être mesuré de façon numérique et est donc considéré une source de données quantitative.

6. Indiquer les deux types de données auxquels correspond l'exemple de données ci-dessous :
« Rapports mensuels des établissements de santé sur le nombre total de décès dus au paludisme sont envoyés au bureau de santé du district où ils sont compilés et cumulés avant leur envoi au niveau national. »

a. Routinière

Dans ce cas, parce que les rapports sont envoyés de façon régulière de l'établissement de santé et district sanitaire, les données sont considérées comme routine.

7. *Vrai ou Faux* : La déclaration suivante est un exemple de source de données quantitatives :

« Discussion de groupe avec les agents de santé au sujet de leur perception de la qualité des soins dans les établissements de santé locaux sont organisés dans le but de comprendre pourquoi l'utilisation des services de santé est si faible dans la communauté. »

b. Faux

L'information obtenue d'un groupe de discussions est sur les perceptions, les attitudes et croyances des agents de santé sur la qualité des soins. Elle est donc considérée descriptive et ne peut pas être mesurée de façon numérique. C'est donc une source de données qualitative.

8. *Vrai ou Faux* : La déclaration suivante est un exemple de source de données non routinières :

« Discussion de groupe avec les agents de santé au sujet de leur perception de la qualité des soins dans les établissements de santé locaux sont organisés dans le but de comprendre pourquoi l'utilisation des services de santé est si faible dans la communauté. »

a. Vrai

Ces discussions se font généralement une fois ou irrégulièrement. Elles sont donc des sources de données non-routine.

Choisir Une Source de Données Appropriée

Lorsque vous développez votre plan de SSE et devez décider des sources de données qui sont appropriées pour votre programme, il est utile de vous poser également les questions suivantes afin de déterminer si la source est appropriée ou utilisable :

- Est-ce que les données existent pour la période de temps spécifiée ou requise ?
- Est-ce que les données existent pour la population spécifiée ? Par exemple, est-ce que les données sont disponibles pour les populations les plus à risque ou des populations particulières ou sont-elles désagrégées par sexe ou groupes d'âge spécifiques ?
- Est-ce que les données existent pour la zone géographique spécifiée ? Par exemple, les données sont-elles disponibles au niveau sous-national ou au niveau des programmes ?
- Est-ce que les données existent au niveau administratif ou au niveau opérationnel ? Par exemple, les données sont-elles disponibles aux niveaux suivants :
 - Politique et programmatique
 - Prestation des services
 - Client
 - Population
 - Spatial/géographique
- Si les données n'existent pas, sera-t-il possible de les avoir et avez-vous les ressources pour mettre en place les structures nécessaires afin de recueillir les données ?

Sources de Données : Systèmes d'Information Sanitaire

Un **système d'information sanitaire** est un système de données qui recueille et agrège toutes les informations liées à la santé à de multiples niveaux administratifs dans un pays à partir d'un certain nombre de sources différentes. Bien que le type d'information varie selon les pays, les informations généralement collectées portent sur la fourniture, le coût et l'utilisation des services de santé, les caractéristiques démographiques des patients et leur état de santé.

Le tableau ci-dessous énumère quelques-uns des principaux points forts et faibles des systèmes d'information sanitaire dans les pays en développement :

Tableau 7. Principaux points forts et faibles des SIS dans les pays en développement

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none">• Reflètent idéalement les activités des systèmes de santé et y sont intégrés.• Collectés de façon continue donc adaptés pour les rapports fréquents.• Systèmes déjà en place :<ul style="list-style-type: none">• Besoin de peu de ressources pour mettre en place de nouvelles infrastructures ou nouveaux systèmes.• Aide à renforcer les capacités locales et est durable.• Généralement disponibles aux niveaux administratifs les plus bas.	<ul style="list-style-type: none">• Données non représentatives de la population.• Difficile de déterminer les populations à risque/dénominateurs pour estimer les indicateurs de couverture.• Les indicateurs sont définis de façon centralisée par le Ministère de la Santé et ne peuvent pas être facilement modifiés pour répondre à de nouvelles questions.• La qualité et l'exhaustivité des rapports varient fréquemment.• Ne couvre que les structures gouvernementales.• Risque de double-comptage, à la fois au sein et entre les établissements.

Sources de Données : Enquêtes auprès des Etablissements de Santé

Les **enquêtes auprès des établissements de santé** recueillent des données spécifiques sur le type et la qualité des services, ainsi que sur les résultats et l'impact des services fournis dans les établissements de santé. Elles sont généralement menées de façon non-routinière, et peuvent être menées dans les établissements de santé publics et privés.

Le tableau ci-dessous énumère quelques-uns des principaux points forts et les faiblesses des enquêtes auprès des établissements de santé dans les pays en développement :

Tableau 8. Principaux points forts et faibles des enquêtes auprès des établissements de santé dans les pays en Développement

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none">• Peuvent être représentatives au niveau régional ou national.• Peut être adaptée aux besoins spécifiques du programme.• Le contrôle de la qualité peut être plus facile pour ces enquêtes que dans les systèmes de routine.• Fournit des données plus détaillées que ce qui est généralement disponible dans les systèmes de routine.• Le calendrier peut coïncider avec la mise en œuvre du programme.• Peut couvrir les établissements de santé publics et privés.• Peut-être combinée avec une enquête auprès des populations pour le suivi des résultats et l'évaluation d'impact.	<ul style="list-style-type: none">• En général moins viable sur le long terme et ne peut être conduite régulièrement :<ul style="list-style-type: none">○ La collecte de données est périodique et est moins liée au processus décisionnel du programme en cours.○ L'information peut rapidement devenir obsolète.○ Nécessite un personnel dévoué, des ressources et du temps.• L'échantillonnage et l'analyse des données peuvent être complexes.• Contraintes liées à la couverture et la taille de• L'échantillon :<ul style="list-style-type: none">○ Couverture nationale vs. couverture sous-nationale.○ Possible de ne pas avoir un nombre suffisant pour certains types d'établissements pour être tout à fait représentatif.• Peut porter sur de petites tailles d'échantillon de clients pour certains services.

Sources de Données : Enquêtes auprès des Populations

Les **enquêtes auprès des populations** sont de grandes enquêtes représentatives au niveau national, menées généralement tous les 3 à 5 ans. Elles fournissent des données importantes sur la population et la santé au niveau des résultats et de l'impact. Les enquêtes auprès des populations les plus communes incluent [l'Enquête Démographique et de Santé \(EDS\)](#), [l'Enquête sur les Indicateurs du Paludisme \(EIP\)](#) et [l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples \(MICS\)](#).

Le tableau ci-dessous énumère quelques-uns des points forts et faibles des enquêtes auprès des populations.

Tableau 9. Points forts et points faibles des enquêtes auprès des populations

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none">• Représentative de la population générale, ce qui aide à éliminer les biais de sélection si l'échantillon est réellement aléatoire.• Peut recueillir un large éventail d'indicateurs au niveau des résultats, tels que la couverture du programme.• Les questionnaires peuvent être adaptés pour couvrir des questions / thèmes spécifiques.• Utilise des instruments éprouvés avec un bon système de contrôle de la qualité.	<ul style="list-style-type: none">• Très chères et longues à conduire. Ainsi, elles sont habituellement conduites seulement tous les 3-5 ans.• Ne convient pas à certains types de données. Par exemple, en cas de collecte de données rétrospectives, les données peuvent être affectées par des biais de rappel.• Ne fournit pas de données au niveau des intrants et processus.• Peut ne pas avoir une puissance statistique suffisante pour les estimations au niveau sous-national ou du district.• Ne peut pas détecter de petits changements ou des changements sur de courtes périodes de temps sans de grandes tailles d'échantillon.

Sources de Données : Surveillance

La **surveillance** se réfère à une démarche systématique et continue de collecte, d'analyse et d'interprétation de données sur une question de santé. Elle vise à fournir des informations précises et en temps opportun à des fins de prise de décision afin de faciliter une réponse médicale et programmatique rapide. Elle sert aussi à détecter les éclosions des maladies, suivre les progrès vers l'élimination du paludisme et évaluer les activités de contrôle et de prévention.

Voir le tableau ci-dessous pour quelques-uns des points forts et faiblesses d'un système de surveillance.

Tableau 10. Points forts et points faibles d'un système de surveillance

Points fort	Points faibles
<ul style="list-style-type: none">• Très flexible et peut être adaptée pour couvrir des sujets spécifiques pour recueillir des données qui sont par ailleurs difficiles à obtenir.• Peut recueillir un large éventail de données du niveau des intrants jusqu'au niveau de l'impact.• Particulièrement utile et nécessaire lorsque les événements suivis sont rares et quand une réponse rapide est nécessaire.	<ul style="list-style-type: none">• Coûteux et nécessite de ressources importantes, car il est nécessaire de faire ce qui suit :<ul style="list-style-type: none">• Identifier les sites et leur allouer des ressources de façon adéquate.• Former le personnel sur les sites.• Créer un système de suivi et de transfert des données aux autorités centrales.• La surveillance active nécessite davantage de ressources importantes.

Sources de Données : Surveillance Sentinelle

La **surveillance sentinelle** se réfère à une démarche systématique et continue de collecte, d'analyse et d'interprétation de données de santé menée dans un nombre limité d'établissements de santé. La surveillance sentinelle est utile lorsque :

- Le système d'information de routine est inapproprié.
- Il y a un besoin de données de haute qualité pour suivre les tendances.
- Les épidémies doivent être identifiées rapidement.
- La répartition géographique du paludisme varie grandement.

Il y a un certain nombre de limites de la surveillance sentinelle à considérer :

- Elle peut être très coûteuse à équiper et à opérer.
- Requiert une supervision fréquente.
- Le nombre limité de sites n'est pas représentatif de tous les établissements de santé et les patients ne sont pas nécessairement représentatifs de la communauté. Ainsi, les données ne sont pas généralisables.
- La tenue de registres peut être une charge lourde pour le personnel de l'établissement.
- Les changements dans l'utilisation des services de santé peuvent biaiser les données sur les tendances.

Sources de Données : Les Systèmes de Surveillance Démographique et de Santé

Un **système de surveillance démographique et de santé (SSDS)** est un suivi longitudinal d'individus et / ou de ménages et de tous les indicateurs démographiques et de santé connexes dans une zone géographique clairement définie. Il vous permet d'évaluer la dynamique démographique dans la région géographique définie ; fournit des données sur les populations à risque et les mesures d'évaluation des interventions ainsi que la mise à jour des bases de sondage pour identifier les populations cibles pour l'évaluation, l'intervention et le suivi. Le Réseau international pour l'évaluation démographique des populations et de leur santé (International Network for the Demographic Evaluation of Populations and Their Health – **INDEPTH**) est un exemple de réseau de systèmes de surveillance démographique et de santé, avec actuellement 56 sites de terrain SDSS dans 20 pays ([Carte des sites SDSS](#)).

Les concepts de base derrière un SSDS comprennent :

- Enquête de base ou un recensement initial.
- Mise à jour régulière des données sur les ménages et les individus sur les événements suivants : les mariages, les grossesses, les naissances, les décès, et les immigrations et émigrations ainsi que les registres d'éducation et de vaccination.
- Autopsies verbales sur tous les décès pour déterminer les causes de décès.
- Enquêtes de morbidité avec des biomarqueurs.

Tableau 11. Points forts et points faibles de surveillance démographique et de santé

Points fort	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> • Suite des événements dans la population sous surveillance : naissances, décès, migrations, morbidité, développement socio-économique (pauvreté). • Peut évaluer la performance et l'impact d'une intervention. • Peut définir la population du dénominateur. • Permet de mesurer l'incidence et les changements au cours du temps et les tendances de la mortalité par cause. • Peut-être lié au système d'information sanitaire. • Peut servir de site sentinelle. • Peut servir de sites de recherche opérationnelle. • La plupart des sites inclue le paludisme dans leur programme de recherche. • Équipe multidisciplinaire. • Environnement idéal pour la formation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coûts élevés d'entretien. • Fatigue au niveau communautaire. • Couvre une zone réduite, et n'est donc pas représentative de la population nationale. • A un lien faible ou manque de liens avec les systèmes d'informations sanitaires. • Possible biais due à une population sur-étudiée. • Accès aux données pas facile. • Développé pour traiter des questions de recherche spécifique, pas nécessairement défini pour la SSE du paludisme.

Exercice Pratique : Scénario 1

Lire le scénario suivant et décider quelle source de données serait la plus appropriée. Rappelez-vous de considérer le type de données, le calendrier et le niveau ou l'échelle à laquelle l'information est nécessaire lorsqu'on essaie de déterminer ce qui sera la source de données la plus appropriée.

Un bailleur de fonds aimerait être capable de déterminer si son programme a été en mesure d'améliorer la couverture du traitement rapide et efficace pour les enfants de moins de cinq ans ayant le paludisme. Ainsi, le bailleur veut savoir combien d'enfants de moins de cinq ans dans les zones d'intervention du programme ont reçu un traitement antipaludique dans les 24 heures suivant l'apparition du paludisme. Quelle serait la source de données la plus appropriée à utiliser pour répondre à cette question ?

1. Système d'information sanitaire
2. Enquêtes dans les établissements de santé
3. Enquêtes auprès des populations
4. Recensement national

1. **Système d'information sanitaire : Le SIS est la source de données la plus appropriée, car le bailleur veut seulement savoir combien d'enfants ont reçu un traitement antipaludique (par opposition à un pourcentage qui nécessiterait des données sur tous les enfants qui ont souffert de paludisme). Le SIS a également des informations sur les cas confirmés et ces données sont accessibles pour les zones spécifiques d'intervention dans le SIS. Enfin, le SIS ne nécessitera pas de ressources supplémentaires pour obtenir les données.**
2. Enquêtes dans les établissements de santé : Une enquête auprès des établissements de santé pourrait répondre à la question du bailleur ; cependant, il faut des ressources importantes pour la mener à bien. Dans ce scénario, le SIS est la source de données la plus appropriée, car le bailleur veut seulement savoir combien d'enfants ont reçu un traitement antipaludique (par opposition à un pourcentage qui nécessiterait des données sur tous les enfants qui ont souffert de paludisme). En outre, elle serait spécifique aux zones d'intervention.
3. Enquêtes auprès des populations : Une enquête auprès des populations ne serait pas une source de données appropriée dans ce scénario pour de nombreuses raisons. Tout d'abord, ces types d'enquêtes ne sont menés que tous les 3 - 5 ans ; il serait difficile d'en conduire une en termes de calendrier. Deuxièmement, ces enquêtes fournissent des données représentatives au niveau national et les pourcentages, pas le nombre absolu d'enfants qui ont reçu un traitement antipaludique. En outre, elle serait spécifique aux zones d'intervention. Dans ce scénario, le SIS est la source de données la plus appropriée parce que le bailleur veut seulement savoir combien d'enfants ont reçu un traitement antipaludique.
4. Recensement national : Un recensement national ne pourrait pas fournir des informations sur le nombre d'enfants qui avaient reçu un traitement rapide et efficace avec des médicaments antipaludiques. Dans ce scénario, le SIS est la source de données la plus appropriée, car le bailleur veut seulement savoir combien d'enfants ont reçu un traitement antipaludique (par opposition à un pourcentage qui nécessiterait des données sur tous les enfants qui ont souffert de paludisme). En outre, il serait spécifique aux zones d'intervention.

Exercice Pratique : Scénario 2

Lire le scénario suivant et décider quelle source de données serait la plus appropriée. Rappelez-vous de considérer le type de données, le calendrier et le niveau ou l'échelle à laquelle l'information est nécessaire lorsqu'on essaie de déterminer ce qui sera la source de données la plus appropriée.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme veut des informations sur le pourcentage de foyers qui possèdent au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Quelle serait la source de données la plus appropriée à utiliser pour fournir la réponse ?

1. Système d'information sanitaire
2. Enquêtes dans les établissements de santé
3. Enquêtes auprès des populations
4. Recensement national

1. Système d'information sanitaire : Un SIS comprend généralement des informations sur la fourniture, le coût et l'utilisation des services de santé et les caractéristiques démographiques des patients et leur état de santé. Il ne pourrait pas fournir des informations concernant la possession des MIIs par les ménages. Dans ce scénario, les enquêtes auprès des populations, comme l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) et l'Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (EIP) seraient les sources les plus appropriées pour fournir la réponse. Dans la plupart des cas, elles fourniraient une estimation nationale et régionale du pourcentage de ménages possédant une MII.
2. Enquêtes dans les établissements de santé : Une enquête auprès des établissements de santé ne serait pas une source de données appropriée, car elle ne tient pas compte des informations sur les ménages possédant une MII et elle ne donnerait pas une image précise de tous les ménages, car elle ne recueille des données que sur ceux qui fréquentent les établissements de santé. Dans ce scénario, les enquêtes auprès des populations, comme l'EDS et l'EIP seraient les sources les plus appropriées pour fournir la réponse. Dans la plupart des cas, elles fourniraient une estimation nationale et régionale du pourcentage de ménages possédant une MII.
3. **Enquêtes auprès des populations : Bonne réponse ! Dans ce scénario, les enquêtes auprès des populations, comme l'EDS et l'EIP seraient les sources les plus appropriées pour fournir la réponse. Dans la plupart des cas, elles fourniraient une estimation nationale et régionale du pourcentage de ménages possédant une MII.**
4. Recensement national : Un recensement national recueille des données sur les membres d'une population, et ne serait donc pas en mesure de fournir des informations concernant la possession des MIIs par les ménages. Dans ce scénario, les enquêtes auprès des populations, comme l'EDS et l'EIP seraient les sources les plus appropriées pour fournir la réponse. Dans la plupart des cas, elles fourniraient une estimation nationale et régionale du pourcentage de ménages possédant une MII.

Qualité des Données : Pourquoi Est-ce Important ?

La qualité des données se réfère à la valeur et la précision des données recueillies. La qualité des données détermine essentiellement la manière dont les données sont utiles. Veiller à ce que la qualité des données soit maintenue tout au long de la collecte, l'analyse, l'interprétation et du processus de diffusion des données est d'une importance cruciale. Lorsque la qualité des données est élevée, les données reflètent une véritable performance et peuvent fournir des informations vitales pour la prise de décisions et l'amélioration du programme. Si la qualité des données est médiocre, elle peut entraîner ce qui suit :



© Bonnie Gillespie, Voix pour un Futur Sans Paludisme

- Décisions erronées sur la gestion du programme et l'utilisation des ressources supplémentaires du programme pour prendre des mesures correctives.
- Occasions manquées pour identifier les forces et les faiblesses du programme.
- Réduction de la confiance et du soutien des parties prenantes.

Dimensions de la Dualité des Données

Il y a six principaux critères de qualité de données que nous avons besoin d'examiner et de satisfaire tout au long du processus de collecte des données.

- **Validité** : Les données représentent de façon claire, directe, et adéquate ce qui a été conçu pour être mesuré.
- **Fiabilité** : Les données sont recueillies régulièrement en utilisant la même méthodologie et les mêmes résultats ou conclusions sont obtenus si la même procédure est répétée plusieurs fois.
- **Intégrité** : Les données sont véridiques. En d'autres termes, elles sont exemptes d'erreur volontaire ou consciente par manipulation ou utilisation de la technologie.
- **Précision** : La capacité de reproduire de manière cohérente les mesures afin de minimiser l'erreur aléatoire.
- **Ponctualité** : Possibilité d'avoir des données régulièrement collectées, mises à jour et disponibles lorsque cela est nécessaire.
- **Complétude** : Les données recueillies et déclarées sont complètes.

Assurance de la Qualité des Données

Les mécanismes d'assurance de la qualité des données devraient être mis en œuvre à chaque étape du processus de gestion des données. Cela inclut lors de la collecte, la gestion, l'analyse, l'interprétation et la diffusion de données. Pour plus d'informations sur les méthodes d'assurance de la qualité des données et différents outils d'évaluation de la qualité des données, visitez le site internet de [MEASURE Evaluation](#).

Voici quelques étapes votre programme peut suivre afin d'améliorer la qualité des données que vous collectez.

- Fournir des instructions écrites sur la façon d'utiliser les instruments et les outils de collecte de données. Inclure ces instructions sur chacun des instruments et outils. Cela aidera à assurer que

les données soient collectées de la même façon quelle que soit la personne qui collecte les données.

- Documenter les processus de saisie, nettoyage et gestion de données.
- Assurer le suivi continu des activités de collecte de données et effectuer des contrôles de routine afin d'assurer que les instructions soient suivies correctement.
- Sélectionner les données de façon aléatoire et vérifier qu'elles sont exactes.
- Prendre des mesures proactives pour signaler, documenter, rectifier et communiquer les problèmes qui compromettent la qualité des données.
- Soyez transparent dans les techniques d'analyse de données utilisées et les hypothèses sur lesquelles les données sont basées.

Lier les Sources de Données

Lier les données se réfère à la connexion de deux ou plusieurs types et/ou de sources de données afin de :

- Fournir un contexte en augmentant la compréhension et en éclairant les analyses.
- Aider à corroborer la qualité des données, les tendances et les associations au sein de vos données. En substance, elle contribue à fournir de plus amples éléments de preuve sur les produits d'un programme/projet spécifique, les résultats ou l'impact. Ceci est également souvent désigné comme la triangulation des données.
- Attribuer la causalité en reliant les données au niveau des processus avec des données au niveau de l'impact / des résultats permet d'établir la causalité.

Les données peuvent être liées de différentes sources, à différents niveaux, au fil du temps, à travers les zones géographiques et différents secteurs. Par exemple :

- **Sources** : lier les données des enquêtes auprès des établissements de santé ou les données SIS avec des données d'enquêtes-ménages pour démontrer les changements en termes d'impact ou de résultat.
- **Niveaux** : lier les données SIS au niveau du district, régional et national pour contrôler la qualité des données.
- **Temps** : lier les données sur la prestation de services de soins prénatals aux issues des grossesses.
- **Géographie** : relier les cas de paludisme avec des données SIG pour évaluer les foyers de transmission.
- **Secteurs** : fusionner les cas de paludisme des SIS avec des données agricoles sur les niveaux de précipitations.



À MÉDITER

Il est important de se rappeler que la fusion appropriée de données exige une planification avancée, de préférence avant la collecte des données. Elle devrait être faite quand un nombre suffisant de données de bonne qualité qui sont potentiellement reliées existe, et ne doit pas être faite s'il n'y a pas de lien logique entre les données.

Évaluation du Module 7

Questions

1. A quel but principal d'un programme les données et informations servent-ils ? *(Cochez toutes les cases.)*
 - a. Pour suivre les activités du programme
 - b. Pour prendre des décisions sur la gestion du programme
 - c. Pour fournir des données pour améliorer le programme
 - d. Pour démontrer les progrès et les réalisations d'un programme

2. A quelle source commune de données sur le paludisme la démarche continue et systématique de collecte, d'analyse et d'interprétation des données de santé menées dans un nombre limité d'établissements de santé se réfère-t-elle ?
 - a. Systèmes d'information sanitaire
 - b. Surveillance
 - c. Surveillance sentinelle
 - d. Enquêtes auprès des populations

3. Une source de données de routine se réfère aux données qui sont collectées régulièrement. Parmi les sources de données suivantes, laquelle n'est pas un exemple de source de données de routine ?
 - a. Systèmes d'information sanitaire
 - b. Enquêtes auprès des établissements de santé
 - c. Surveillance
 - d. Systèmes d'enregistrement d'état civil

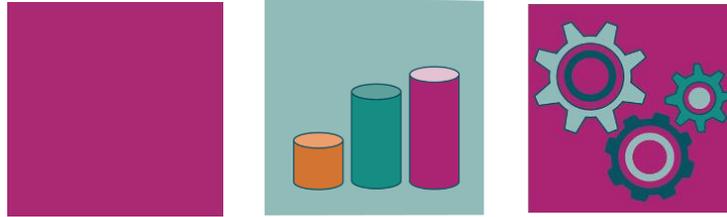
4. La connexion de différentes sources de données sert toutes les fins suivantes, à l'exception de :
 - a. Aider à déterminer si toutes vos données sont de mauvaise qualité
 - b. Fournir un contexte en augmentant la compréhension et en éclairant les analyses
 - c. Attribuer la causalité en reliant les données au niveau des processus avec des données au niveau de l'impact / des résultats permet d'établir la causalité
 - d. Aide à corroborer la qualité, les tendances et les associations au sein de vos données

Bonnes Réponses

1. A quel but principal d'un programme les données et informations servent-ils ? *(Cochez toutes les cases.)*
 - a. **Pour suivre les activités du programme**
 - b. **Pour prendre des décisions sur la gestion du programme**
 - c. **Pour fournir des données pour améliorer le programme**
 - d. **Pour démontrer les progrès et les réalisations d'un programme**

Les données et informations servent à : (1) assurer le suivi des activités du programme ; (2) prendre les décisions de gestion du programme ; (3) fournir des données probantes pour améliorer les programmes ; (4) démontrer le progrès du programme et ses réalisations.

2. A quelle source commune de données sur le paludisme la démarche continue et systématique de collecte, d'analyse et d'interprétation des données de santé menées dans un nombre limité d'établissements de santé se réfère-t-elle ?
 - c. **Surveillance sentinelle** : la surveillance sentinelle se réfère à une démarche systématique et continue de collecte, d'analyse et d'interprétation de données de santé menée dans un nombre limité d'établissements de santé.
3. Une source de données de routine se réfère aux données qui sont collectées régulièrement. Parmi les sources de données suivantes, laquelle n'est pas un exemple de source de données de routine ?
 - b. **Enquêtes auprès des établissements de santé** : les enquêtes auprès des établissements de santé ne sont pas menées de façon continue ou sur une base régulière ; par conséquent, elles sont considérées comme une source de données non routinières.
4. La connexion de différentes sources de données sert toutes les fins suivantes, à l'exception de :
 - a. **Aider à déterminer si toutes vos données sont de mauvaise qualité** : relier les sources de données ne vous aide pas nécessairement à déterminer si vos données sont de mauvaise qualité. Les contrôles et audits sur la qualité des données peuvent vous aider à déterminer si vos données sont de mauvaise qualité. Relier différentes sources de données sert aux fins suivantes : fournit le contexte en augmentant la compréhension et en informant les analyses ; aide à attribuer la causalité ; et aide à corroborer la qualité des données, les tendances et les associations observées au sein de vos données.



MODULE 8 :

ANALYSE, INTERPRETATION ET PRESENTATION DES DONNEES SUR LE PALUDISME

MODULE 8 : ANALYSE, INTERPRÉTATION ET PRÉSENTATION DES DONNÉES SUR LE PALUDISME

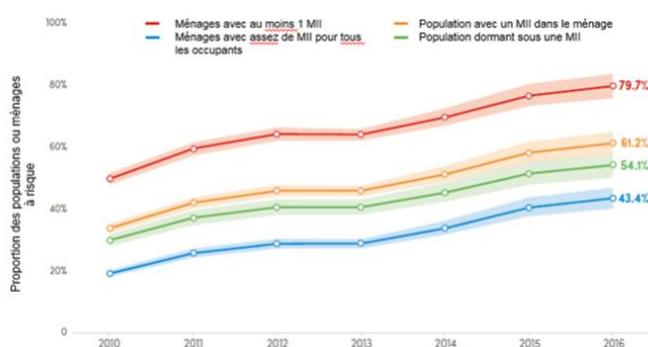
Ce module fournit une introduction aux fonctions et concepts les plus utilisés pour l'analyse et l'interprétation des données. Il traite aussi de la façon de présenter efficacement les données, apprend aux participants comment sélectionner un graphique approprié pour présenter les données et les principaux conseils pour une bonne présentation des données.

Objectifs du Module

À la fin de ce module, vous serez en mesure de :

- Identifier les fonctions de l'analyse et l'interprétation des données.
- Mentionner les concepts courants pour l'analyse et l'interprétation des données.
- Identifier les graphiques appropriés pour présenter différents types de données.
- Faire une distinction entre ce qui caractérise une bonne présentation de données et une mauvaise présentation de données.

Figure 19. Proportion de la population à risque avec accès à des MII, 2010–2016



Rapport 2017 sur le Paludisme dans le monde

Qu'est-ce que l'Analyse et l'Interprétation ?

L'analyse des données se réfère au processus d'inspection, d'épuration, de transformation et de modélisation des données dans le but de mettre en évidence des informations utiles. En d'autres termes, l'analyse des données prend les données brutes que vous avez collectées pour votre programme et les transforme en informations utiles pour la prise de décisions.

L'analyse des données permet de fournir des réponses aux questions qui ont été posées au sujet de votre programme ou autres études de recherche. Cela signifie qu'il faut prendre les données que vous recueillez et les examiner par rapport aux questions auxquelles vous aimeriez répondre. Par exemple, si vous souhaitez savoir si votre programme a atteint ses objectifs—ou s'il est sur la bonne voie—you pourriez regarder les objectifs de votre programme et les comparer à la performance réelle du programme.

L'interprétation des données va au-delà de l'analyse des données. L'interprétation est l'utilisation de l'analyse afin de mieux comprendre vos résultats et les implications pour votre programme. C'est le processus dans lequel vous ajoutez un sens à l'information en établissant des liens et des comparaisons, en explorant les causes et les conséquences, et en expliquant les tendances observées dans les données.

Données ou Information

Il y a une distinction importante entre les données et l'information. Les données renvoient aux nombres, mesures ou textes bruts, non traités. En revanche, l'information se réfère aux données qui ont été traitées,

organisées, structurées, ou présentées dans un contexte spécifique. Par conséquent, ce processus de transformation des données en information utile est l'analyse des données. Souvent, ces deux termes sont incorrectement utilisés de façon interchangeable.

Quiz Question

À quelle question peut-on répondre grâce à l'analyse des données ?

- a. Dans lequel des sites le programme a-t-il atteint une plus grande couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide ?
- b. Pourquoi le programme de lutte contre le paludisme n'est-il pas parvenu à atteindre son objectif de 80 % de couverture de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans la communauté A ?

Quiz Réponse

- a. Cette question peut être éclairée à travers l'analyse des données, en comparant la couverture des MII de tous les différents sites du programme.

Analyse des Données sur le Paludisme

Il y a quelques différents types d'analyses que vous pouvez effectuer à l'échelon du programme. Cela dépendra de l'information dont vous avez besoin pour être en mesure de gérer votre programme de manière efficace et d'en suivre les progrès. Voici trois exemples de types courants d'analyses qui vous aideront à suivre les progrès de votre programme.

- **Performances réelles vis-à-vis objectifs du programme :** Dans cet exemple, nous allons comparer les performances réelles de notre programme en termes de nombre de personnes ayant reçu une formation sur la prise en charge des cas de paludisme à l'objectif qui a été fixé pour le programme au 1er juin 2016. Dans ce cas, nous pouvons voir que les progrès au cours de la première année du programme (janvier 2015 - décembre 2015) ne se sont pas faits au rythme que nous attendrions afin de répondre à l'objectif du programme de 100 personnes formées sur la prise en charge des cas en Juin 2016. Pour que le programme puisse atteindre son objectif, 85 personnes supplémentaires doivent être formées dans les 6 prochains mois du programme.
- **Performances actuelles vis-à-vis performances passées :** Dans cet exemple, nous allons comparer les performances actuelles du programme (2015) en ce qui concerne le nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) qui ont été distribués au cours des trois années précédentes (2012 - 2014) dans les districts ciblés. Comme nous pouvons le voir pour 2015, le programme est bien plus performant que pendant les trois années précédentes, par un nombre substantiel. Il est clair que la performance actuelle est meilleure que la performance passée pour ce programme.
- **Comparaison des performances entre différents sites ou groupes :** Dans cet exemple, nous comparons la performance du programme dans le district A et sa performance dans le district B en termes de nombre des cas de fièvre testés pour le paludisme dans les centres de santé. Ici nous pouvons voir que district B a testé 8000 cas de fièvre, comparativement à seulement 3500 dans le district A. Même s'il semble que le district B soit plus performant que le district A, il est difficile d'interpréter ces résultats sans plus d'informations sur les deux districts. Par exemple, nous voulons également connaître les différentes populations cibles dans chacun des districts, ainsi que plus d'informations sur l'endémicité du paludisme dans chaque district pour voir s'ils étaient comparables.

Mesures Communément Utilisées pour l'Analyse

Il existe certaines mesures statistiques de base qui sont importantes pour comprendre, calculer et interpréter. Celles-ci comprennent les mesures suivantes :

- Mesures de tendance centrale
 - Moyenne
 - Médiane
 - Mode
- Mesures de dispersion

- Étendue
- Variation et Écart-type
- Intervalle Interquartile

- Ratio, Taux
- Proportion, pourcentage

Les pages suivantes fourniront des explications et des exemples pour chacune des mesures.

Mesures de Tendance Centrale

Il y a quelques mesures statistiques de base qui sont importants pour comprendre, calculer et interpréter.

Moyenne

La caractéristique la plus couramment étudiée d'une série de données est son centre, ou le point autour duquel les observations tendent à se regrouper. La moyenne est la mesure la plus fréquemment utilisée pour examiner les valeurs centrales d'un ensemble de données.

Définition : la somme des valeurs divisée par le nombre de cas ou d'observations. Il est aussi appelé la moyenne.

Calcul : moyenne = somme des valeurs / nombre d'observations

Exemple : quel a été le nombre moyen de cas de paludisme par mois au cours de l'année dernière ?

- Somme des cas de paludisme (janvier - décembre) : 1,110
- Nombre d'observations : 12
- Moyenne : $1110/12 = 92,5$ Nombre moyen de cas de paludisme par mois en 2010

Médiane

Définition : la médiane est la valeur centrale dans un ensemble ordonné de valeurs.

Calcul : la première étape consiste à trier les données de la plus petite à la plus grande valeur. La deuxième étape consiste à choisir l'observation du milieu au sein de l'ensemble de données. Pour les ensembles de données avec un nombre pair de valeurs, la médiane est la moyenne des deux valeurs du milieu.

Exemple 1 : quel est le nombre médian des cas de paludisme par mois au cours de l'année 2013 ?

1. Trier les observations.
2. Sélectionnez les deux chiffres du milieu puisqu'il y a un nombre pair d'observations dans l'ensemble de données.
 - Chiffres du milieu : 45 et 45
3. Additionner les deux chiffres et diviser par deux : $(45 + 45) / 2 = 45$.

Exemple 2 : quel est le nombre médian des cas de paludisme par mois au cours de l'année 2014 ?

1. Trier les observations.
2. Sélectionnez le nombre du milieu puisqu'il y a un nombre impair d'observations dans l'ensemble de données. Ce nombre représente la médiane, qui est 49 dans ce cas.

Mode

Définition : le mode est la valeur la plus fréquente dans votre ensemble de données.

Calcul : sélectionnez la valeur de votre ensemble de données qui survient le plus fréquemment.

Exemple : quel est le mode pour le nombre de cas de paludisme en 2013 et 2014 ?

- Mode pour le nombre de cas de paludisme en 2013 : 45
- Mode pour le nombre de cas de paludisme en 2014 : 40

Parmi les trois mesures de tendance centrale—la moyenne, la médiane et le mode—la moyenne est la mesure la plus fréquemment utilisée pour examiner les valeurs centrales d'un ensemble de données. Le mode est la moins utile et donc la mesure la moins utilisée des trois.

Mesures de Dispersion

Il existe certaines mesures statistiques de base sur la dispersion qui sont importantes pour comprendre, calculer et interpréter.

Étendue

Définition : l'étendue représente la différence entre les valeurs maximum et minimum dans votre distribution (ensemble de données).

Exemple : quel est l'étendue du nombre de cas de paludisme en 2013 et en 2014 ?

- Étendue du nombre de cas de paludisme en 2013 : 36 – 69
- Étendue du nombre de cas de paludisme en 2014 : 35 - 64

Variance et Écart-type

Définition de la variance : la variance est une mesure du degré auquel un ensemble de nombres sont dispersés les uns par rapport aux autres. Elle aide à décrire dans quelle mesure les chiffres se situent par rapport à la moyenne.

Calcul de la variance : la variance (s^2) est la somme des carrés des écarts réduits à la moyenne divisé par le nombre d'observations moins 1.

Définition de l'écart-type : l'écart-type est une mesure qui indique le degré de variation par rapport à la moyenne. Un petit écart-type indique ainsi que les données ont tendance à être très proches de la moyenne, tandis qu'un grand écart-type indique le contraire - que les données sont réparties sur une grande étendue de valeurs.

Calcul de l'écart-type : l'écart-type (s) est la racine carrée de la variance.

Variance	Écart-type
$s^2 = \frac{\sum (y_i - \bar{y})^2}{n-1}$	$s = \sqrt{\frac{\sum (y_i - \bar{y})^2}{n-1}}$

Intervalle interquartile

Définition : l'intervalle interquartile (II) est une mesure de dispersion statistique. Il est égal à la différence entre le premier et le troisième quartile, et représente donc la moitié des données. Les quartiles divisent les données en quatre groupes égaux : le quartile inférieur (Q1) est le 25ème percentile, le quartile central est le 50ème percentile et le quartile supérieur est le 75ème percentile (Q3). Comme l'intervalle interquartile couvre 50 % d'un ensemble de données, il n'est pas influencé par des valeurs aberrantes ou des valeurs extrêmes.

Calcul : $II = Q3 - Q1$

Exemple :

- $Q3 = 42$
- $Q1 = 18$
- $II = 42 - 18 = 24$

Autres Mesures Communes

Il y a quelques mesures statistiques de base qui sont importantes pour comprendre, calculer et interpréter.

Ratio

Définition : un ratio est une comparaison de deux nombres, exprimée dans l'une des manières suivantes : « a pour b » ; « a par b » ; et « a:b ».

Exemples :

- 2 membres du ménage pour 1 (une) moustiquaire.
- Les femmes sont légèrement plus susceptibles de dormir sous une moustiquaire que les hommes, avec un ratio de 1,2:1.

Taux

Définition : un taux est un ratio entre deux mesures. En santé publique, le taux le plus fréquent est le nombre de cas (de maladie) observés dans une période donnée divisé par la population à risque durant cette période.

Des ratios sont souvent exprimés par 1000 ; 10000 ; ou 100000 habitants en vue de démontrer la probabilité d'un événement survenant au niveau de la population. L'exprimer de cette façon permet également de faciliter l'interprétation de la probabilité de l'événement, en particulier lorsque l'événement est rare.

Exemples communément utilisés sur le paludisme :

- Incidence parasitaire annuelle (IPA)
 - $(\text{Nombre de cas de paludisme confirmés pendant 1 an} / \text{Population sous surveillance}) \times 1000$
- Taux de mortalité due au paludisme = le nombre de décès dus au paludisme d'enfants de moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes
- Taux de mortalité (toutes causes) des moins de cinq ans = le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes

Incidence parasitaire annuelle (IPA)

cas de paludisme confirmé en 1 an

Population sous surveillance



1000

Proportion

Définition : une proportion est un ratio dans lequel tous les individus / objets dans le numérateur sont également inclus dans le dénominateur.

Exemple :

Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) la nuit précédente compare le nombre de femmes enceintes qui ont dormi sous une MII la nuit précédente au nombre total de femmes enceintes dans les ménages enquêtés.

- Dans une enquête auprès des ménages dans une communauté où 250 femmes enceintes ont été enquêtées, mais seulement 125 d'entre elles ont dormi sous une MII la nuit précédente, la proportion serait de 125/250 ou la moitié des personnes interrogées.

Pourcentage

Définition : un pourcentage est une façon d'exprimer un nombre comme une fraction de 100. Il permet de comparer les données entre les établissements de santé, les régions et les pays.

Exemple :

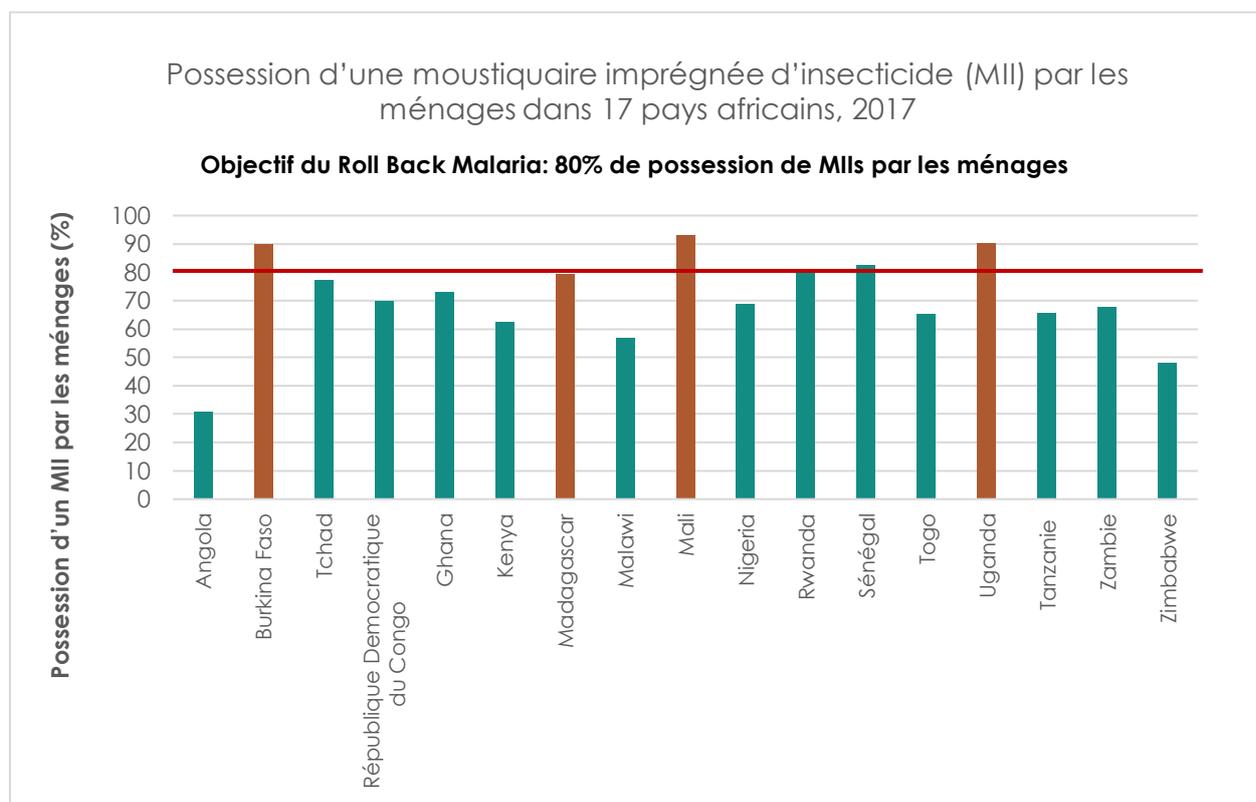
La proportion des enfants de moins de cinq ans ayant le paludisme compare le nombre d'enfants de moins de cinq ans avec l'infection paludéenne détectée par microscopie ou un test de diagnostic rapide au nombre total d'enfants de moins de cinq ans qui ont été testés pour déterminer la présence de parasites du paludisme par microscopie ou un test de diagnostic rapide et multipliée par 100 pour créer un pourcentage.

- Si on trouve que 33 sur 100 enfants testés pour le paludisme ont été infectés par le paludisme, le pourcentage serait de 33 %.

L'interprétation des Données

Une fois que les données ont été analysées, la prochaine étape est d'interpréter l'information. En somme, l'interprétation essaie vraiment de donner un sens à votre information et de comprendre les implications pour votre programme. Dans de nombreux cas, des informations supplémentaires sont nécessaires afin d'être en mesure de comprendre vos résultats. Dans le graphique ci-dessous sur la possession des MII par les enfants de moins de cinq ans, l'objectif est que plus de 80 % des enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire chaque nuit. À partir du graphique, nous constatons que cet objectif a été atteint par 5 pays à savoir le Burkina Faso, le Mali, le Rwanda, le Sénégal et l'Uganda.

Figure 20. Exemple de graphique montrant les implications d'un ensemble de données sur le paludisme



La section suivante présente les méthodes d'interprétation des données de ce graphique.

Interprétation des Graphiques

Il y a quelques questions que nous voudrions comprendre lorsqu'on interprète un graphique. Par exemple :

- Pourquoi tous les pays n'ont-ils pas atteint l'objectif d'avoir un taux d'utilisation des MII de plus de 80 % chez les enfants de moins de cinq ans ?
- Quelles en sont les raisons ? Est-ce parce que le programme ne distribue pas suffisamment de moustiquaires imprégnées d'insecticide ? Est-ce parce que nos interventions en matière d'éducation sanitaire et de communication sur le changement de comportement ne sont pas efficaces ?

Nous pourrions aussi vouloir savoir pourquoi certains pays font mieux que d'autres en termes de progrès vers l'objectif.

Afin de comprendre ce résultat, nous devons examiner d'autres données pertinentes qui peuvent nous aider à répondre à nos questions. Dans ce cas, nous pourrions examiner la possession des MIIs par les ménages ou la couverture et l'efficacité des interventions en matière d'éducation sur la santé et de communication pour le changement de comportement dans les pays. Parfois, pour interpréter nos résultats, il se pourrait que nous ayons à effectuer des analyses plus poussées.

Défis Liés à l'Interprétation d'Indicateurs Courants sur le Paludisme

Il y a un certain nombre de problèmes qui doivent être pris en considération lorsque vous interprétez les résultats sur les indicateurs communs sur le paludisme. Ces problèmes peuvent poser un défi pour comprendre ce que les résultats de votre programme signifient, et dans de nombreux cas, d'autres données doivent être recueillies pour pouvoir mieux comprendre vos résultats. Deux des principaux problèmes à examiner lors de l'interprétation des données liées au paludisme sont la saisonnalité et l'endémicité du paludisme.

Saisonnalité

La transmission du paludisme est saisonnière dans de nombreux endroits, ce qui signifie que la transmission se produit ou survient plus fréquemment durant certaines périodes de l'année et non pas nécessairement tout au long de l'année à cause des changements des conditions climatiques. Étant donné que la transmission peut fluctuer considérablement au sein d'une localité dans l'année ou sur plusieurs années, il est important de tenir compte de la saison pendant laquelle vos données ont été recueillies.

Les niveaux de couverture et d'utilisation pour les quatre principales interventions de prévention du paludisme (MII/MILDA, la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides [PID], le traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes [TPI], et le traitement prompt et efficace) peuvent varier légèrement entre les saisons. Par exemple, pendant la saison des pluies, les gens seront plus susceptibles de dormir sous une MII/MILDA parce qu'ils perçoivent que le risque de contracter le paludisme est plus élevé à cause d'un nombre plus élevé de moustiques.

La saisonnalité affectera également la morbidité et la mortalité dues au paludisme. Nous prévoyons que la morbidité et la mortalité dues au paludisme vont être plus élevées pendant et durant plusieurs semaines après la saison des pluies car le taux de transmission du paludisme est plus élevé. Par conséquent, les interprétations des données doivent tenir compte de la saison au cours de laquelle les données ont été recueillies.

Endémicité du Paludisme

L'endémicité du paludisme peut affecter l'interprétation des principaux indicateurs sur le paludisme, puisque chaque indicateur comprend la définition de la population cible. En d'autres termes, chaque indicateur est destiné à être mesuré seulement parmi la population cible, qui est définie comme ceux qui sont à risque de contracter le paludisme.

Dans les pays où le paludisme est endémique ou ceux à potentiel épidémique, cette question ne devrait pas être une préoccupation particulière dans l'interprétation des résultats. Toutefois, dans les pays où l'endémicité du paludisme varie à l'intérieur du pays et donc que toute la population n'est pas à risque de

contracter le paludisme, il est important de prendre ceci en considération lors de la collecte de vos données et de l'interprétation de vos résultats.

Les populations qui ne sont pas exposées au paludisme ne devraient pas être incluses dans votre population cible. Dans ces situations, il peut être nécessaire de recueillir des renseignements supplémentaires pour établir quels sont les zones qui sont à l'intérieur ou à l'extérieur d'une région à risque de paludisme. Toutefois, ce n'est pas toujours possible et cela doit être pris en considération lorsque vous interprétez vos résultats.

Par exemple, si vous recueillez des données à l'échelle nationale sur le nombre de ménages possédant des MIIs/MILDAs, vous devez considérer si vous avez inclus les données des zones non paludéennes. Si vous incluez des données sur les zones non paludéennes, il est alors probable que vos données sous-estiment le niveau de couverture nationale des MII/MILDAs. C'est parce que vous avez surestimé votre population cible (ceux réellement à risque pour le paludisme).

Présentation Efficace des Données

Quel que soit le format de communication que vous utilisez, que ce soit un rapport d'étape annuel ou une présentation, l'information devrait être présentée de façon claire et concise, avec les principaux résultats et recommandations qui peuvent être converties en actions. Lorsque les données sont présentées de cette façon, cela contribue à faciliter leur utilisation pour la prise de décisions. Lorsque les données sont présentées d'une manière pas claire, ou lorsque trop d'informations ou d'informations non pertinentes sont fournies, alors il y a moins de chance que l'information soit utilisée pour la prise de décision concernant le programme. Il est également important de toujours se rappeler de la nature de votre audience lorsque vous songez à la façon de présenter l'information. Cela signifie que vous devriez adapter l'information présentée à votre public, de sorte qu'elle soit utile, claire et susceptible de mener à une action pour elle.

Synthèse des Données : Tableau

Il y a deux méthodes principales pour synthétiser et présenter les données, par le biais de tableaux et de graphiques. Ces deux formes sont utiles pour transmettre un message et pour décrire les tendances, les liens et faire les comparaisons.

Un tableau est le moyen le plus simple pour résumer un ensemble d'observations. Il comporte des lignes et des colonnes contenant des données qui peuvent être sous forme de nombres absolus ou de pourcentages, ou les deux. Dans l'exemple de tableau, le nombre de décès est répertorié pour les années 2010–2016. Ce tableau vous permet de voir la tendance dans le nombre de décès causés par le paludisme au cours de la période de sept ans par région et au niveau mondial.

Figure 21. Cas de décès liés au paludisme dans le monde par région OMS de 2010–2016

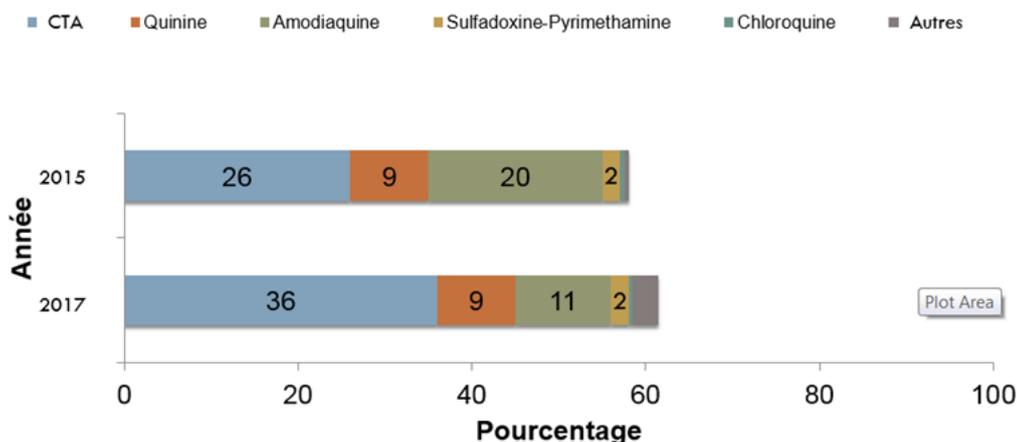
	Numéro de décès						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Afrique</i>	538 000	484 000	445 000	430 000	423 000	409 000	407 000
<i>Méditerranée orientale</i>	7 200	7 100	7 700	7 800	7 800	7 600	8 200
<i>Europe</i>	0	0	0	0	0	0	0
<i>Amérique</i>	830	790	630	620	420	450	650
<i>Asie du Sud-Est</i>	41 700	34 000	29 000	22 000	25 000	26 000	27 000
<i>Pacifique Ouest</i>	3 800	3 300	4 000	4 300	2 900	2 600	3 300
Mondial	591 000	529 000	487 000	465 000	459 000	446 000	445 000

Source : Rapport mondial sur le paludisme 2017 (OMS)

Synthèse des Données : Graphiques

Les graphiques sont des représentations en image des données numériques et doivent être conçus pour indiquer un schéma ou tendance des données. Par exemple, dans ce diagramme à barres empilées, nous sommes en mesure de comparer les taux d'utilisation de différents traitements antipaludéens chez les enfants de moins de cinq ans ayant une fièvre dans le pays X durant une période de deux ans pour voir les changements dans l'adoption des traitements, ainsi que des changements dans le type de traitement pris.

Figure 22. Pourcentage d'enfants <5 avec fièvre qui ont pris un antipaludéen, 2015–2017

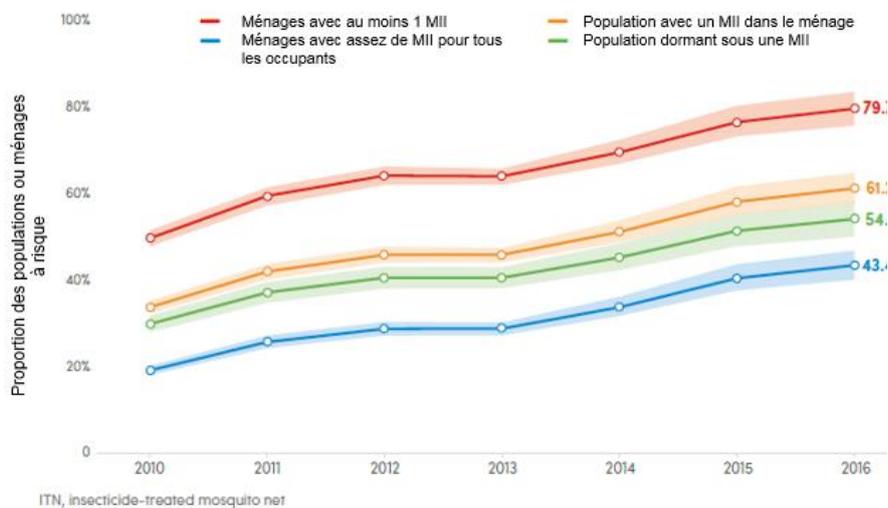


Source : Rapport mondial sur le paludisme 2017

Synthèse des Données : Graphique Linéaire

Ce graphique en courbe permet de transmettre deux principaux messages. Tout d'abord, nous sommes en mesure de voir la tendance dans le nombre de personnes ayant accès aux MII au cours des 07 dernières années au niveau mondial. Globalement, le nombre de personnes ayant accès aux MII a augmenté au fil des ans.

Figure 23. Proportion de la population à risque avec accès à des MII, 2010–2016



Source : Rapport mondial sur le paludisme 2017 (OMS)

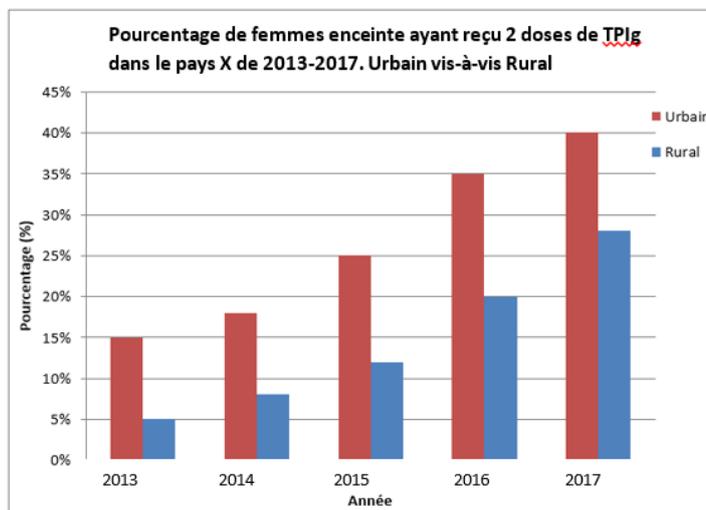
Présentation des Données

Il y a quatre principaux tableaux et graphiques utilisés pour présenter les données. Chaque tableau et graphique a un(e) usage/fonction spécifique, ce qui est important de garder à l'esprit lorsque vous décidez de la meilleure façon de présenter vos données.

Graphique en Barres

Un graphique en barres est utilisé pour comparer les données entre les catégories. Le graphique a des barres rectangulaires dont les longueurs sont proportionnelles aux valeurs qu'elles représentent. Elles sont utilisées pour représenter des données qui ont des valeurs discrètes et pas continues. Dans l'exemple, nous sommes en mesure de comparer le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de TPI dans le pays X durant la période de cinq ans ainsi que de comparer les différences d'accès au TPI entre les femmes enceintes du milieu rural et celles des zones urbaines.

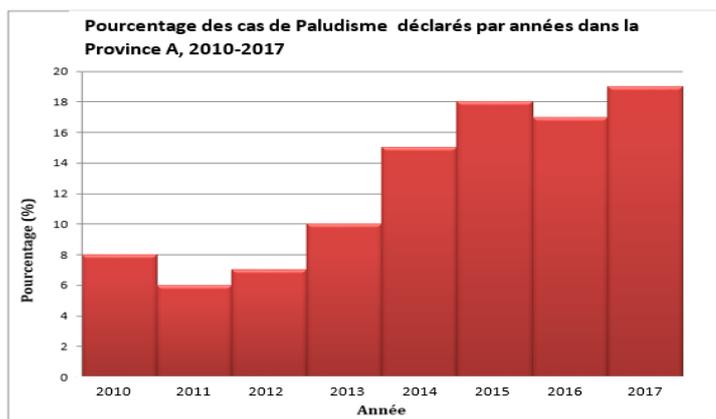
Figure 24. Exemple de graphique à barres pour la comparaison des données sur le paludisme par catégorie



Histogramme

Un histogramme représente la fréquence relative de données continues. En d'autres mots, c'est un graphique qui affiche une représentation visuelle de la distribution de données. Il se compose de fréquences tabulaires, indiquées en rectangles adjacents, qui sont positionnées au-dessus des intervalles discrets, dont la superficie est égale à la fréquence des observations dans l'intervalle. La superficie totale de l'histogramme est égale au nombre de données. Dans l'exemple ici, nous voyons la fréquence relative des cas de paludisme par année de 2010 à 2017 dans la province A.

Figure 25. Exemple d'histogramme montrant la répartition des cas de paludisme par année



Graphique Linéaire/en Courbe

Un graphique linéaire/en courbe est un graphique qui affiche une tendance ou des tendances au fil du temps pour les données continues. Dans l'exemple, nous sommes en mesure d'observer la tendance à la baisse du nombre de cas de paludisme au cours des 10 dernières années pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes dans le district A.

Figure 26. Exemple de graphique linéaire montrant les tendances à la baisse du nombre de cas de paludisme

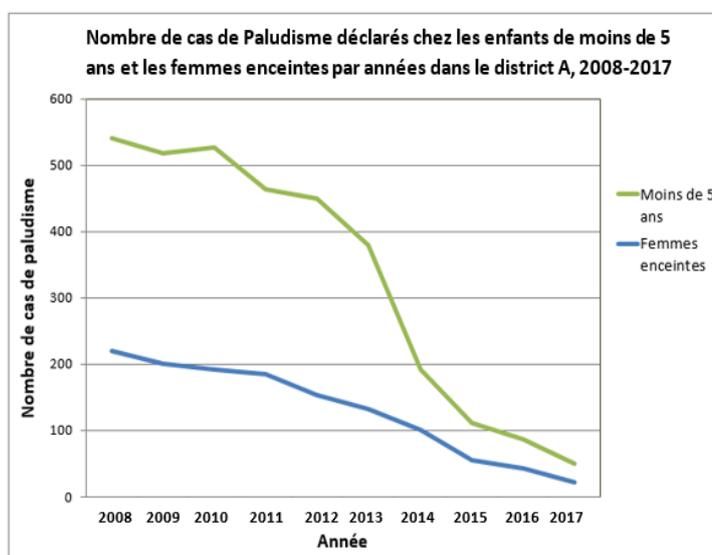


Diagramme Circulaire

Un diagramme circulaire est un graphique qui est divisé en sections qui représentent la proportion ou la contribution de chaque valeur dans un total. La taille de la section est proportionnelle à la quantité qu'elle représente. Dans cet exemple, nous sommes en mesure d'observer la proportion relative des dépenses par type d'interventions antipaludiques dans le pays A. Ainsi, nous pouvons voir que la plus grande proportion du budget dans le pays est dépensée sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide (30 %), tandis que seulement 10 % du budget du pays est consacré à la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticide.

Cartographie

C'est une représentation des données sur une carte. Les données peuvent être représentées sur une carte selon leurs répartitions géographiques. Par exemple nous pouvons faire une répartition du type de paludisme (endémique/épidémique) par zone ou une répartition des pourcentages de couverture vaccinale dans une région ou un pays. Comme exemple de types de représentation géographiques nous avons les : cartes à polygones et les cartes à points.

Figure 27. Exemple de camembert montrant une ventilation des dépenses de lutte contre le paludisme d'un pays

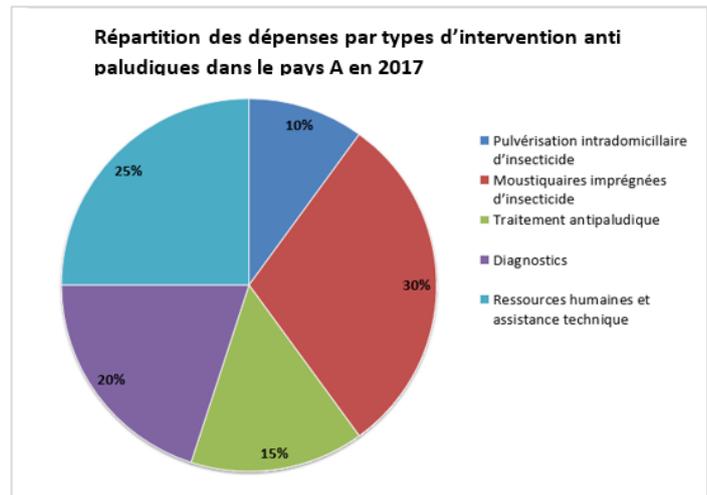
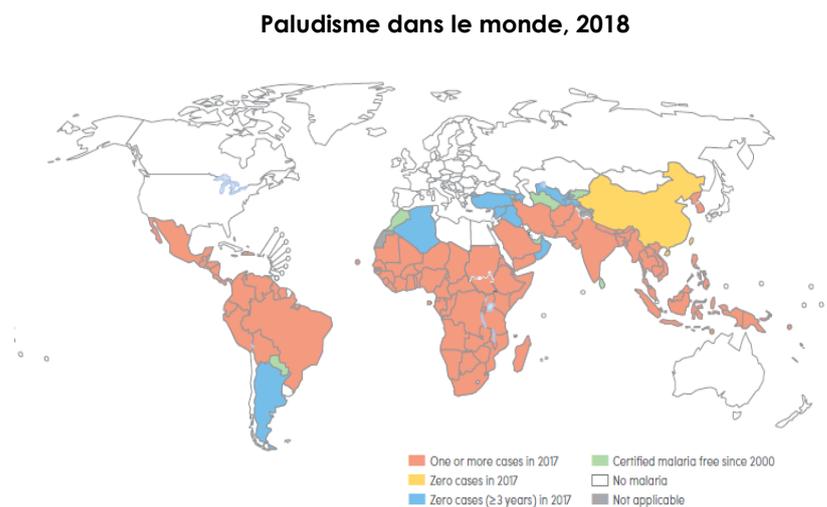


Figure 28. Exemple de carte montrant la répartition géographique du paludisme dans le monde



Source : Rapport mondiale sur le paludisme, 2018

Quiz—Présentation des Données

Pour compléter le quiz, sélectionnez une réponse pour chaque énoncé.

Il est important de se rappeler que chacun des quatre principaux graphiques ont des utilisations spécifiques pour la présentation des données. Pour vérifier votre compréhension de leur utilisation, lisez chaque énoncé et décidez lequel des tableaux et graphiques serait le plus approprié à utiliser pour transmettre les informations. Choisissez parmi ces options : Graphique en courbe, Graphique en barres, Diagramme circulaire, Histogramme

- a. La prévalence du paludisme au Ghana au cours des 30 dernières années.
- b. Les données comparant la prévalence du paludisme dans 10 pays différents au cours d'une année en Afrique subsaharienne.
- c. Données sur les raisons pour lesquelles les individus n'utilisent pas de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) parmi les individus enquêtés qui n'utilisaient pas les MIIs au moment de l'enquête.
- d. La répartition des patients testés pour le paludisme par la densité parasitaire.

Bonne Réponse

- Un graphique en courbe** est la façon la plus appropriée de montrer la prévalence du paludisme au Ghana au cours des 30 dernières années. Il peut mieux transmettre visuellement la tendance sur 30 ans dans le pays.
- Un graphique en barres** est le plus approprié à utiliser pour comparer la prévalence du paludisme dans 10 pays différents.
- Un diagramme circulaire** est le plus approprié pour montrer visuellement les raisons pour lesquelles les gens n'utilisent pas les MII, proportionnellement d'une à l'autre.
- Un histogramme** est le graphique le plus approprié pour montrer la répartition des patients testés pour le paludisme par la densité parasitaire.

Principaux Conseils pour une Bonne Présentation des Données

Voici quelques astuces à retenir pour assurer une bonne présentation des données :

- **Utiliser le graphique approprié** – Assurez-vous d'utiliser le graphique approprié (tableau, diagramme ou graphique) pour vos données, ce qui sera basé sur le message que vous voulez transmettre.
- **Connaître votre auditoire** – Présenter votre information d'une manière claire, concise, pratique et exploitable.
- **Identifier toutes les composantes de votre graphique** – Tous les graphiques et tableaux doivent avoir un titre. Le titre devrait exprimer le qui, quoi, quand et où. Les graphes et diagrammes doivent avoir des axes clairement libellés et, lorsque cela est approprié, devrait inclure des légendes.
- **Fournir toutes les informations pertinentes** – Votre graphique doit être explicite. Cela signifie que vous devriez inclure la source(s) et date(s) pour les données présentées dans votre graphique. Si un élément a besoin de clarifications ou de plus amples explications, inclure une note de bas de page qui permet d'apporter de la clarté au graphique. Pour une bonne présentation des données, il est essentiel que votre public ait toute l'information dont il a besoin pour comprendre le message véhiculé dans le graphique.

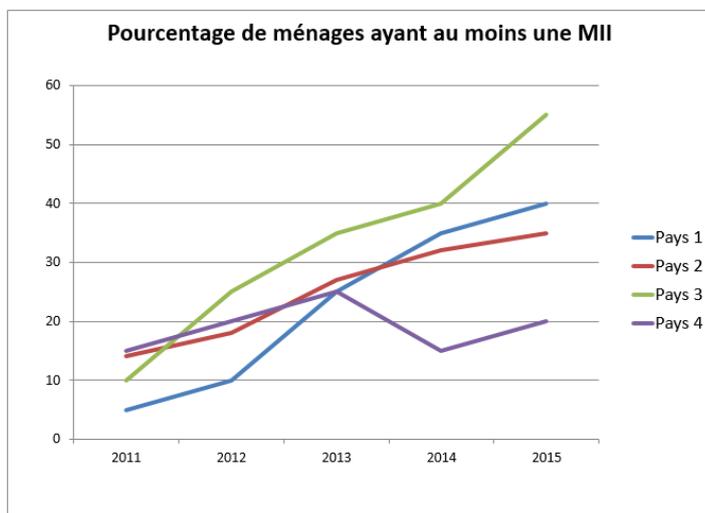


Exemples de Présentation de Données

Tout en gardant à l'esprit les quatre conseils pour une bonne présentation des données, regardez les graphiques suivants. Sont-ils bien présentés ? Si non, quel est le problème avec la manière dont ils sont présentés ?

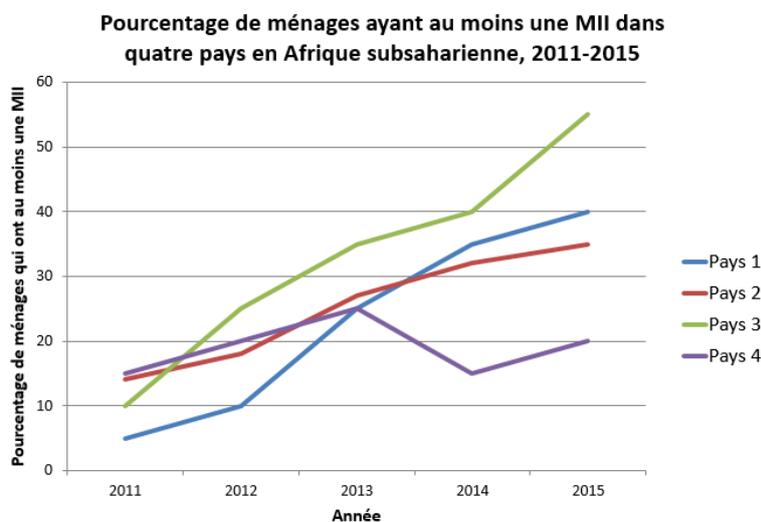
Exemple 1

Quels sont les façons par lesquelles les données de ce graphique en courbe pourraient être présentées de façon plus efficace ?



Une meilleure façon de représenter les données comprend les éléments suivants :

- Le titre du graphique comprend de l'information sur « quand » et « où ».
- Les axes sont correctement libellés.



Source: Organisation Mondiale de la Santé, 2015

Exemple 2

Quels sont les façons par lesquelles les données de ce tableau pourraient être présentées de façon plus efficace ?

Tableau 1

Année	(n)	Fréquence relative (%)
2008	4,216,531	8
2009	3,262,931	6
2010	3,319,339	7
2011	5,338,008	10
2012	7,545,541	15
2013	9,181,224	18
2014	8,926,058	17
2015	9,610,691	19
Total	51,400,323	100.0

Voici une meilleure façon de représenter les données.

- Le titre explique les données contenues dans le tableau.
- Les colonnes sont clairement libellées.
- Inclure la source de données.

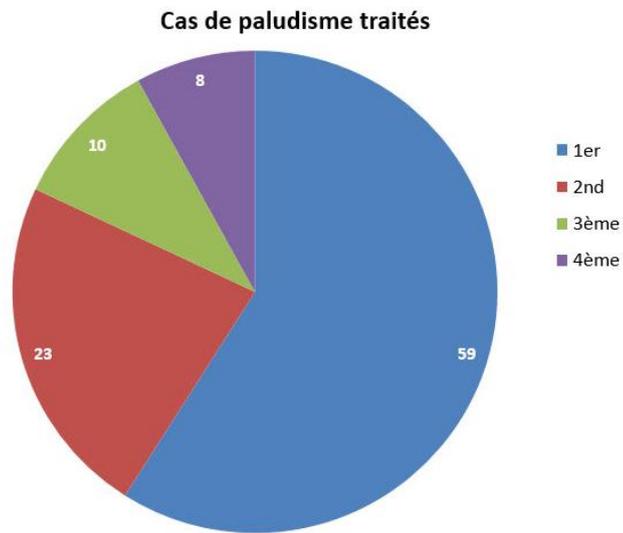
Tableau 1: Pourcentage de cas de paludisme déclarés par année dans le Pays A, 2008-2015

Année	Nombre de cas de paludisme (n)	Fréquence relative (%)
2008	4,216,531	8
2009	3,262,931	6
2010	3,319,339	7
2011	5,338,008	10
2012	7,545,541	15
2013	9,181,224	18
2014	8,926,058	17
2015	9,610,691	19
Total	51,400,323	100.0

Source: Organisation Mondiale de la Santé

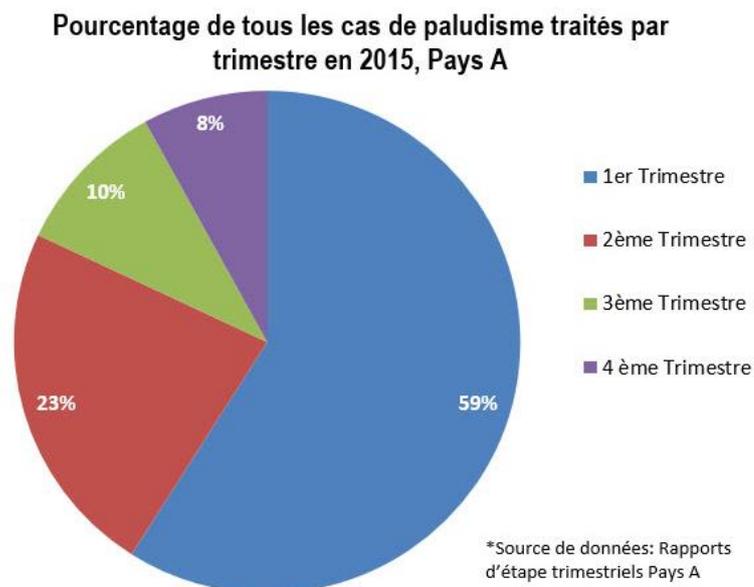
Exemple 3

Quels sont les façons par lesquelles les données de ce diagramme circulaire pourraient être présentées de façon plus efficace ?



Voici une meilleure façon de représenter les données.

- Le titre du diagramme est clair et précis.
- Les chiffres figurant dans le tableau sont clairement étiquetés.
- La légende du graphique est descriptive.
- Inclure la source de données.



Évaluation du Module 8

Questions

Les bonnes réponses sont fournies sur la page suivante.

1. Laquelle des questions suivantes ne peut pas être résolue par le biais d'une simple analyse de données, mais aurait besoin de plus d'information et d'interprétation pour y répondre ?
 - a. Quel a été le nombre annuel d'admissions dues au paludisme dans les centres de santé du district A en 2015 ?
 - b. Quel est le pays qui a la plus grande couverture (proportion) des ménages qui possèdent au moins une moustiquaire traitée aux insecticides ?
 - c. Pourquoi la proportion de personnes qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide a diminué considérablement depuis l'an dernier ?
 - d. Quel établissement de santé du district B a fourni une plus grande couverture en traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes ?

2. Sur la base de données présentées dans le tableau sur le nombre annuel de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées par le Programme National de Lutte contre le Paludisme dans le pays X en 2007-2015, quelle est la moyenne, la médiane et le mode pour la série de données (dans cet ordre) ?
 - a. Moyenne : 175, Médiane : 135, Mode : 140
 - b. Moyenne : 140, Médiane : 174.67, Mode : 135
 - c. Moyenne : 174.67, Médiane : 140, Mode : 135
 - d. Moyenne : 135, Médiane : 140, Mode : 174.67



© Bonnie Gillespie, Voix pour un Futur Sans Paludisme

Nombre annuel de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées par le Programme National de Lutte contre le Paludisme dans le pays X, 2007-2015

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de Mlls distribués (en milliers)	125	135	140	132	135	150	155	250	350

3. Si vous voulez présenter un graphique comparant la proportion des ménages dont les murs du logement ont été pulvérisés avec des insecticides au cours des 12 derniers mois dans les 15 pays les plus touchés par le paludisme, quel graphique voudriez-vous utiliser ?
 - a. Tableau
 - b. Graphique en barres
 - c. Diagramme circulaire
 - d. Histogramme

4. L'incidence parasitaire annuelle qui est définie comme le nombre total de cas de paludisme confirmé dans 1 année (x1000) divisé par la population totale sous surveillance, elle représente quelle mesure statistique commune ?
 - a. Taux
 - b. Proportion
 - c. Mode
 - d. Pourcentage

Bonnes Réponses

1. Laquelle des questions suivantes ne peut pas être résolue par le biais d'une simple analyse de données, mais aurait besoin de plus d'information et d'interprétation pour y répondre ?

c. Pourquoi la proportion de personnes qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide a diminué considérablement depuis l'an dernier ?

Une simple analyse de données vous dira que la proportion de personnes qui dorment sous des MIIs a diminué cette année par rapport à l'année dernière. Pour comprendre les causes, de plus amples informations doivent être collectées afin de déterminer pourquoi la proportion a diminué.

2. Sur la base de données présentées dans le tableau sur le nombre annuel de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées par le Programme National de Lutte contre le Paludisme dans le pays X en 2007-2015, quelle est la moyenne, la médiane et le mode pour la série de données (dans cet ordre) ?

c. Moyenne : 174.67, Médiane : 140, Mode : 135

Nombre annuel de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées par le Programme National de Lutte contre le Paludisme dans le pays X, 2007-2015

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de MIIs distribuées (en milliers)	125	135	140	132	135	150	155	250	350

3. Si vous voulez présenter un graphique comparant la proportion des ménages dont les murs du logement ont été pulvérisés avec des insecticides au cours des 12 derniers mois dans les 15 pays les plus touchés par le paludisme, quel graphique voudriez-vous utiliser ?

b. Graphique en barres

Un graphique en barres est utilisé pour comparer des données entre différentes catégories. Dans cet exemple, vous comparez la différence en proportion des ménages qui ont été traités avec de l'insecticide dans les 15 pays à grande endémicité.

4. L'incidence parasitaire annuelle qui est définie comme le nombre total de cas de paludisme confirmé dans 1 année (x1000) divisé par la population totale sous surveillance, elle représente quelle mesure statistique commune ?

a. Taux

L'incidence parasitaire annuelle est un taux. C'est le ratio de deux mesures, le nombre total de cas de paludisme confirmé dans 1 année (x1000) divisé par la population totale sous surveillance.



MODULE 9 :

LES ÉTHIQUES DANS LA SURVEILLANCE, SUIVI ET ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE PALUDISME

MODULE 9 : LES ÉTHIQUES DANS LA SURVEILLANCE, SUIVI ET ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE PALUDISME

Ce module décrit les principes d'éthiques dans la recherche et leurs applications, rappelle les événements historiques ayant eu une incidence sur l'éthique dans la recherche.

Objectifs du Module

À la fin de ce module, vous serez en mesure de :

- Comprendre pourquoi l'éthique est importante dans le domaine de la recherche en santé
- Comprendre les principes de base de l'éthique de la recherche en santé
- Savoir appliquer les principes de l'éthique dans SSE des programmes de paludisme
- Connaître le processus d'approbation éthique

Définition de l'Éthique

L'éthique peut être définie comme l'ensemble des principes moraux qui régissent le comportement d'une personne ou la conduite d'une activité. C'est à dire l'ensemble des bonnes règles qui régissent les recherches impliquant des participants humains.

Importance de l'Éthique dans la Recherche

La promotion de l'éthique dans la recherche fournit aux agents de santé les outils nécessaires pour prendre des décisions constructives menant à la résolution des conflits. Le respect des principes éthiques peut également amener les agents de santé à porter des jugements éclairés et à mieux comprendre les bonnes et les mauvaises motivations dans la recherche

Les normes éthiques font la promotion des valeurs essentielles au travail collectif, telles que la confiance, la responsabilisation, le respect mutuel et l'équité. Elles font promouvoir la vérité en évitant la falsification ou la déformation des données de recherche afin d'éviter les erreurs. Elle signifie aussi qu'aucun mal ne devrait être fait aux participants. Les participants doivent accepter volontairement de participer, savoir à quoi ils s'engagent et de quoi il s'agit. Ils doivent pouvoir se retirer à tout moment de l'étude et la confidentialité de données collectes doit être respectée.

Les Faits Historiques Qui Ont Inspiré l'Éthique de la Recherche

La recherche en santé n'a pas toujours appliqué de bonnes pratiques éthiques, comme vous pouvez le constater dans les événements historiques suivants.

Dates Historiques : Les Expériences Médicales Nazies, 1933–1945

Pendant la Seconde Guerre mondiale, des médecins allemands menèrent des expériences sur des milliers de détenus des camps de concentration, sans leur consentement. Ils menèrent des expériences douloureuses et souvent mortelles au mépris de toute déontologie médicale. Parmi ces expériences on peut citer :



© World History Archive / Alamy
Banque D'Images

- La congélation des prisonniers afin de trouver un traitement efficace contre l'hypothermie.
- Les essais vaccinaux Lors des essais de vaccins, les scientifiques ont testé des composés d'immunisation et des sérums pour la prévention et le traitement des maladies contagieuses, sans aucune précaution de sécurité pour les détenus.
- La greffe des os, lors des expériences de greffe d'os des os où des sections d'os et de muscles ont été prélevés sur des sujets sans anesthésie et transplantés à différents des sujets.
- Les prisonniers ont été forcés de participer sans leur consentement et l'expérience a entraîné la mort ou une invalidité permanente.

Dates Historiques : L'étude sur la Syphilis de Tuskegee, 1932–1972

L'étude sur la syphilis de Tuskegee était une étude clinique menée à Tuskegee, en Alabama, par des médecins américains pour mieux comprendre la progression naturelle de la syphilis. L'étude a recruté 600 hommes afro-américains enregistrés, 399 avec la syphilis et 201 sans la syphilis). Les participants ont été informés que l'étude durerait 6 mois, mais durait en réalité 40 ans. Les chercheurs n'ont pas informé les participants qu'ils souffraient de la syphilis et avaient interrompu leur traitement par la pénicilline, un remède efficace contre la maladie.



Un médecin prélève du sang sur l'un des sujets de l'étude de Tuskegee © Archives nationales

Dates Historiques : Codes d'éthiques

Des recherches en santé contraires à l'éthique ont conduit à la rédaction de plusieurs documents de premier plan donnant des orientations éthiques dans le monde entier.

Le code d'éthique médicale de Nuremberg a été établi en 1949 à la suite d'une série de procès dirigés contre des médecins allemands du parti nazi responsables d'atrocités expérimentales et médicales commises sur des êtres humains dans des camps de concentration pendant la Seconde Guerre mondiale. Pour la première fois, ce code énonçait dix règles pour contrôler strictement les expériences et protéger les êtres humains. Par la suite, l'Association médicale mondiale a renforcé ces règles en adoptant la Déclaration d'Helsinki en 1964. Le rapport Belmont de 1979, élaboré par la Commission nationale pour la protection des sujets humains de la recherche biomédicale et comportementale prônant le respect de la personne, la bienfaisance et la justice comme principes fondamentaux de la conduite éthique de la recherche impliquant des êtres humains.

Application des Principes

Le rapport de Belmont a préconisé les principes de base qui sont aujourd'hui utilisés dans la recherche en santé à savoir :

Figure 29. Les principes éthiques du rapport Belmont sur la recherche en santé

Respect des personnes (Autonomie)	<ul style="list-style-type: none">• Protéger l'autonomie de toutes les personnes et les traiter avec courtoisie et respect et obtenir leur consentement éclairé.
Non-malfaisance	<ul style="list-style-type: none">• «Ne pas nuire» tout en maximisant les avantages pour le projet de recherche et en minimisant les risques pour les sujets de recherche
Bienfaisance	<ul style="list-style-type: none">• Obligation morale d'agir pour le bénéfice des autres: maximiser les avantages, minimiser les inconvénients
Justice	<ul style="list-style-type: none">• S'assurer que des procédures raisonnables, non abusives et bien pesées sont administrées équitablement

Consentement Éclairé

Le respect des personnes, ou l'autonomie, protéger les individus et les traiter avec courtoisie et respect dans la recherche en santé. Cela nécessite que les participants au programme reçoivent des informations vraies et complètes sur la recherche et aient la possibilité de poser des questions et de choisir de participer ou non. Les normes du consentement éclairé doivent être établies à l'avance et expliquées au participant. Les informations de consentement incluent généralement les procédures de recherche, le but, les risques et avantages potentiels, le traitement et les procédures alternatives, ainsi qu'une déclaration offrant au participant l'opportunité de poser des questions. Une option de retrait de l'étude de recherche devrait être disponible à tout moment. Des éléments supplémentaires incluant la façon dont les sujets sont sélectionnés, la personne responsable de la recherche sont parfois pris en compte.

“Le respect des personnes exige que les sujets, dans la mesure de leurs capacités, aient la possibilité de choisir ce qui leur arrivera ou non. Cette possibilité est offerte lorsque les normes adéquates de consentement éclairé sont satisfaites ”

Belmont Report, Sep 1978

La manière et le contexte dans lesquels l'information est transmise sont aussi importants que l'information elle-même. Par exemple, présenter l'information de manière désorganisée et rapide, en laissant trop peu de temps à la considération ou en réduisant les occasions de poser des questions, peut avoir une incidence négative sur la capacité d'un sujet à faire un choix éclairé. La connaissance de la langue et le niveau d'alphabétisation doivent également être pris en compte. Les formulaires de consentement doivent être dans une langue comprise par le participant ou un traducteur doit clairement expliquer les objectifs et les attentes de l'étude, afin que le participant comprenne parfaitement.

Volontariat requiert que le sujet consente de façon libre de participer à l'étude et peut se retirer de l'étude à tout moment sans contrainte. Cet élément de consentement éclairé exige des conditions exemptes de coercition et d'influence induite. La coercition se produit lorsqu'une menace manifeste de préjudice est intentionnellement présentée par une personne à une autre afin d'obtenir l'adhésion du sujet. Cette influence induite peut se manifester par l'offre d'une récompense excessive, injustifiée, inappropriée afin

d'obtenir le consentement. En outre, les incitations qui seraient normalement acceptables peuvent devenir des influences indues si le sujet est particulièrement vulnérable.

Evaluation des Risques / Bénéfices

L'exigence que la recherche doit être justifiée sur la base d'une évaluation favorable des risques / bénéfices étroitement lié au principe de bienfaisance, tout comme l'exigence morale selon laquelle le consentement éclairé est obtenu du principe de respect des personnes. Le terme risque désigne la possibilité que des dommages puissent survenir. Cependant, lorsque des expressions telles que « risque faible » ou « risque élevé » sont utilisées, elles renvoient généralement à la chance (probabilité) de subir un préjudice et à la gravité (ampleur) du dommage envisagé.

“L'évaluation des risques et des avantages nécessite une série de données pertinentes, y compris, dans certains cas, des moyens alternatif d'obtenir des avantages dans la recherche. Ainsi, l'évaluation présente à la fois une opportunité et une responsabilité de rassembler des informations systématiques et complètes sur la recherche proposée.”

Belmort Report, Sep 1978

Cette évaluation concerne le principe de bienfaisance. Tous les aspects de la recherche doivent être justifiés sur la base d'une évaluation du risque favorable pour les participants. Les risques et les avantages doivent être communiqués à tous les chercheurs et participants avec des alternatives envisagées si nécessaire

Sélection des Sujets

La justice individuelle dans la sélection des sujets exigerait que les chercheurs fassent preuve d'équité : ainsi, ils ne devraient pas offrir de recherche potentiellement bénéfique à certains patients qui leur sont favorables ou sélectionner uniquement des personnes indésirables pour une recherche risquée. La justice sociale exige qu'une distinction soit établie entre les catégories de sujets qui devraient et ne devraient pas participer à un type particulier de recherche, sur la base de la capacité des membres de cette classe à porter les fardeaux et de la nécessité à placer autres fardeaux supplémentaires sur des personnes déjà accablées. Ainsi, il peut être considéré comme une question de justice sociale qu'il existe un ordre de préférence dans la sélection des classes de sujets (par exemple, les adultes avant les enfants) et que certaines classes de sujets potentiels (par exemple, les handicapés mentaux institutionnalisés ou les prisonniers) peuvent être impliqués en tant que sujets de recherche, le cas échéant, seulement à certaines conditions.

Principes Éthiques dans la Rédaction Scientifique

Faire une rédaction scientifique sur les questions de recherche en santé nécessite une approche éthique. L'article doit respecter les lois et les réglementations sur le droit d'auteur et de propriété ainsi que la protection de la confidentialité des personnes. L'article doit protéger et promouvoir le bien public par le biais de recherches scientifiques, la recherche de la vérité et la dissémination exacte des résultats.

L'éthique dans la rédaction d'article scientifiques exige également que les auteurs soient informés des dommages et les conséquences résultant du plagiat, de l'usurpation des résultats de recherche d'autrui, de la fabrication et de la falsification des résultats. Il est impératif d'éviter les pratiques de publication sournaises, la rétention des données importantes et la publication partielle des données de recherche de donnant une interprétation biaisée de la situation.

Lors de la présentation des résultats, les rédacteurs doivent veiller à ne pas plagier, ce qui revient à utiliser les idées ou les mots publiés sans donner de crédit. Les auteurs peuvent éviter le plagiat en utilisant des

guillemets directs ou en résumant l'idée dans une paraphrase. Une citation est utilisée pour indiquer une source après une citation ou un résumé paraphrasé de l'idée. Une référence est l'information qui guide le lecteur vers la source, généralement dans une liste de références ou une note de bas de page.

Processus d'Approbation Éthique

Déterminer si l'éthique de la recherche est ou sera maintenue dans la conduite d'une étude ne peut être laissée au chercheur individuel. Par conséquent, des organes de contrôle éthique sont mis en place pour exercer cette responsabilité morale.

Le comité d'éthique doit comprendre au moins 5 personnes dont certains ayant une formation scientifique ou une expertise en matière de recherche, et les autres des qualifications non scientifiques pour que l'évaluation soit équilibrée. La diversité du membre en sexe, âge et origines ethniques et culturelles favorise une évaluation équilibrée de la recherche tout en ayant accès à des consultants extérieurs qui possèdent des connaissances spécialisées.

Le comité d'éthique considère six questions fondamentales lorsqu'il examine une proposition de recherche en santé

- **Caractère scientifique de la méthodologie et de la conduite de l'étude.** Le comité d'éthique doit tenir compte des répercussions de la méthodologie sur la sécurité des participants.
- **Recrutement des participants.** Le comité d'éthique doit examiner les modalités du recrutement des participants à la recherche.
- **Considérations communautaires.** L'étude doit répondre à un besoin ou à un problème local et être conçue par des personnes qui comprennent la communauté locale. Les suggestions des représentants communautaires peuvent s'avérer utiles en la matière.
- **Soins et protection des participants.** Le comité d'éthique doit examiner les conséquences positives et négatives de l'étude sur les participants et leurs communautés.
- **Consentement éclairé.** Le comité d'éthique doit décider si la procédure d'obtention du consentement éclairé et les formulaires l'accompagnant sont adéquats. Les représentants communautaires peuvent offrir une perspective pertinente à ce sujet.
- **Questions de confidentialité.** Le comité d'éthique doit passer en revue les mesures prises par l'équipe de recherche pour protéger les données personnelles relatives aux participants. Dans certaines études, le plus grand risque encouru par les participants est le non-respect du principe de confidentialité.

Ce n'est qu'après que ces points ont été pris en compte par le chercheur qu'un comité d'évaluation éthique approuvera l'étude de recherche et que les chercheurs pourront commencer.

Composition d'un Comité d'Éthique

Éthique dans le Contexte du Nigéria

Au Nigeria, chaque institution de recherche doit avoir un comité de révision institutionnels chargé des questions éthiques. Ce comité doit être diversifié et représentatif de l'institution de recherche. Le comité aura pour rôle de siéger en interne pour valider le protocole avant d'envoyer à la commission nationale d'approbation (National Ethical Review Board [NERB]). Une fois le protocole soumis à la commission nationale, elle examinera sur ces 10 aspects avant de donner son approbation :

- Valeur sociale ou scientifique
- Validité scientifique
- Sélection équitable des participants
- Minimiser les risques et maximiser les avantages
- Examen indépendant
- Consentement éclairé
- Respect des participants à la recherche
- Relation de confiance
- Protéger les intérêts de toutes les personnes impliquées dans la recherche
- Bonnes pratiques cliniques et de laboratoire.

Ce n'est que une fois qu'une fois le protocole valider par la commission nationale que la rechercher peut être entreprise.

Résumé

L'éthique est importante pour protéger les droits de l'homme et la qualité de la vie. Les chercheurs en santé ont la responsabilité morale de protéger les participants au programme. Les normes d'éthique établissent des valeurs essentielles au travail collaboratif, telles que la confiance, la responsabilité, le respect mutuel et l'équité.

Les normes d'éthique sont importantes dans les systèmes d'information sanitaire pour établir des directives sur l'obtention du consentement éclairé ; la collecte, l'agrégation, l'édition des rapports, le traitement et analyse des données ; la gestion et la sécurisation des systèmes de données. Enfin présenter les conclusions sans fabriquer, falsifier ou dénaturer les résultats. Les normes éthiques encouragent la collecte de données précises, la diffusion de résultats véridiques et la prévention des erreurs d'omission.

Évaluation du Module 9

Questions

Les bonnes réponses sont fournies sur la page suivante.

1. Parmi les 5 propositions ci-dessous laquelle est fautive ? Respecter l'éthique signifie :
 - a. Aucun mal ne devrait être fait aux participants à la recherche,
 - b. Les participants doivent savoir de quoi il s'agit, à quoi ils s'engagent
 - c. Les participants doivent accepter volontairement de participer
 - d. Une fois adhérer, les participants ne peuvent plus se retirer de l'étude
 - e. La confidentialité des participants doit être respectée,

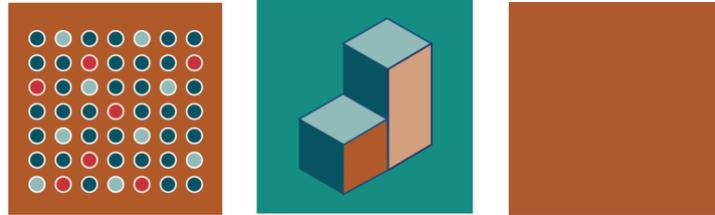
2. Le processus de consentement doit contenir trois éléments, lesquels ?
 - a. Information, Compréhension, Volontariat
 - b. Information, Obligation, Bénéfice
 - c. Explication, Accord, Volontariat
 - d. Compréhension, Bénéfice, Redevabilité

3. Quel sont les étapes du processus à considérer pour l'approbation d'éthiques ?
 - a. La confidentialité et le volontariat
 - b. Protection de l'autonomie de toutes les personnes et les traiter avec courtoisie et respect
 - c. Non-malfaisance et la Justice
 - d. Caractère scientifique de la méthodologie et de la conduite de l'étude, recrutement des participants, considérations communautaires, soins et protection des participants, consentement éclairé, questions de confidentialité.

4. *Vrai ou faux* : En éthique la justice individuelle dans la sélection des sujets permet aux chercheurs d'offrir des recherches potentiellement bénéfiques à certains patients qui leur sont favorables ou sélectionner uniquement des personnes indésirables pour une recherche risquée.
 - a. Vrai
 - b. Faux

Bonnes Réponses

1. Parmi les 5 propositions ci-dessous laquelle est fausse? Respecter l'éthique signifie :
 - d. Une fois adhérer, les participants ne peuvent plus se retirer de l'étude**
2. Le processus de consentement doit contenir trois éléments, lesquels ?
 - a. Information, Compréhension, Volontariat**
3. Quel sont les étapes du processus à considérer pour l'approbation d'éthiques ?
 - d. Caractère scientifique de la méthodologie et de la conduite de l'étude, recrutement des participants, considérations communautaires, soins et protection des participants, consentement éclairé, questions de confidentialité.**
4. En éthique la justice individuelle dans la sélection des sujets les chercheurs peuvent offrir des recherches potentiellement bénéfiques à certains patients qui leur sont favorables ou sélectionner uniquement des personnes indésirables pour une recherche risquée.
 - b. Faux (La justice individuelle dans la sélection des sujets exigerait que les chercheurs fassent preuve d'équité)**



MODULE 10 :

LE LEADERSHIP DANS LA SURVEILLANCE, SUIVI, ET ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE PALUDISME

MODULE 10 : LE LEADERSHIP DANS LA SURVEILLANCE, SUIVI, ET ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE PALUDISME

Ce module décrit le rôle du leadership dans le cadre de la SSE du programme de lutte contre le paludisme.

Objectifs du Module

À la fin de ce module, vous serez en mesure de :

- Identifier les défis de leadership à différents niveaux de responsabilité du programme
- Promouvoir le leadership à différents niveaux du système d'information sanitaire (SIS)
- Comprendre comment les données de routine et d'enquête sont gouvernées



© Shutterstock

Définition de Leadership

Le leadership se définit comme la capacité, pour le responsable de l'équipe, d'influencer des personnes de façon à ce qu'elles puissent exécuter des tâches sans contrainte avec toute la motivation voulue pour atteindre des objectifs communs. Lorsqu'on applique les principes d'un bon leadership dans le SSE du Paludisme on obtient des résultats positifs tel que le fonctionnement efficace de l'institution, l'atteinte des objectifs fixés, et un fonctionnement efficace des systèmes de santé qui fourniront des services de qualité adaptés aux besoins des utilisateurs.

Qui Est un Leader ?

Vous êtes un leader, peu importe la position que vous occupez. Si vous ne dirigez pas une entreprise, un département ou une famille, vous vous dirigez. Vous devez déterminer dans quelle direction vous avez l'intention d'aller et qui affecte vos rendements dans tout ce que vous faites. Cependant il ne faut pas confondre le leadership avec le management. Pendant que le leadership renvoie à la capacité à développer et favoriser l'adhésion à une vision qui motive les autres à travailler avec passion vers un objectif commun. Le management lui, se focalise sur la capacité d'organiser les ressources et de coordonner l'exécution des tâches nécessaires pour atteindre un objectif en temps opportun et de manière rentable.

Rôle et Approches d'un Leadership Efficace

Le Leader peut adopter deux approches différentes. Il s'agit de l'approche proactive ou réactive.

- Proactive : Le leader prend des initiatives responsables pour anticiper, changer les situations et les attitudes avec l'implication des acteurs.
- Réactive : Le leader répond aux événements, aux situations et attitudes par le biais d'instructions.

Comme on peut le voir dans ce continuum du pouvoir décisionnelle du leader ci-dessous, plus le pouvoir décisionnelle du leader est grand, plus l'espace de libertés donne au subordonné est restreinte. En fonction de cette balance de pouvoir entre le leader et les subordonnées, on a les différents types de leadership à savoir : autocratique, consultatif, participatif, démocratique et le laissez faire.

Figure 30. Continuum de l'autorité décisionnelle du leader



Un bon et leadership efficace travaille à :

- Donner une vision qui influence ceux qui travaillent avec vous
- Assurer la confiance dans sa vision et soi-même
- Projeter et communiquer cette vision
- Initier et orienter le changement
- Mobiliser l'engagement et l'appui au changement
- Résoudre les conflits
- Créer la confiance
- Construire dans la durabilité
- Aider à la promotion des autres

Rôle du Leadership dans le SSE du Paludisme

Le rôle du leader dans le SSE des programmes de paludisme est de développer et communiquer une vision claire et convaincante des missions de SSE, de susciter l'implication et l'engagement de tous les acteurs clés dans l'élaboration des objectifs, stratégies et interventions basés sur des données probantes à travers des plans stratégiques et opérationnels pertinents. Enfin il doit créer et maintenir un dynamisme d'équipe pour :

- La définition d'indicateurs, le développement d'outils ; méthodes et procédures de production de l'information ;
- La mise en œuvre, la coordination des activités de SSE
- La dissémination régulière des résultats ;
- Adopter SSE dans la prise de décision ;
- Promouvoir le consensus et le soutien des parties prenantes à un système unique et efficace de SSE
- Créer et maintenir la collaboration entre les partenaires nationaux et internationaux de la SSE du paludisme.

Rôle du Leadership dans la Gouvernance des Données

Un bon leadership dans la gouvernance des données commence par un bon cadre juridique et réglementaire de données relatives à la santé. Un bon leadership veille à promouvoir la responsabilité et la transparence des données de santé en augmentant la transparence et la responsabilité des unités du système de santé, des départements, des gestionnaires et du personnel pour une exploitation, une gestion et une utilisation correctes du système d'information de santé de routine (SISR). Il s'efforce également à favoriser les partenariats et la coordination en matière de données sur la santé en maintenant une bonne coordination et des partenariats de collaboration pour la mise au point de systèmes d'information sur la santé, ainsi que pour le fonctionnement efficace et la durabilité des fonctions importantes des systèmes d'information sur la santé.

Exemple de Leadership dans la Gouvernance des Données de Santé au Niveau des Pays

Au niveau des pays, une bonne gouvernance des données de santé commence par une définition de la politique et du plan stratégique de données de santé. Une politique de données de santé est un document qui fait référence aux décisions, plans et actions entrepris pour atteindre les objectifs, stratégies et résultats spécifiques de développement de données de santé. Les plans stratégiques de SIS durent généralement entre 5 et 10 ans et peuvent durer de 3 à 6 mois. Ces deux documents sont combinés en un document de politique de santé et de planification stratégique.

Caractéristiques, Etapes et Résultat de la Planification Stratégique HIS / RHIS

La mise en place d'un Système d'Information de la santé est normalement entreprise par le ministère de la santé qui veut identifier et à améliorer les fonctions les plus importants du sous-système. Le produit du processus de planification est généralement un document énonçant les besoins prioritaires en matière de développement du SIS, les interventions stratégiques convenues et les efforts de développement planifiés sur cinq ans, les coûts de développement et les estimations du coûts opérationnels, ainsi que la définition des responsabilités du programme pour la mise en œuvre du plan. Le processus de planification stratégique du SIS est normalement parrainé par le ministère de la Santé ou par un bureau spécial si plusieurs ministères y participent.

Sponsors, Gestion et Organisation

La gestion et l'organisation du processus sont normalement structurées comme suit, avec des participations comme suit :

Un comité de pilotage et développement SIS qui supervise les progrès et les produits du processus de planification et fournit des orientations politiques. Il comprend 12 à 20 décideurs de tous les ministères impliqués ; les bureaux et instituts extérieurs au ministère de la santé et exerçant des fonctions importantes de gestion de l'information (bureau de recensement, état civil et statistiques de l'état civil) ; et directeurs généraux des départements concernés. Les hauts représentants des organismes internationaux et donateurs soutenant le système d'information sont également utiles pour ce comité.

Une équipe expérimentée s'occupant du SIS

Cette équipe assure la gestion technique du processus et de toutes les étapes. Cette équipe comprend normalement six à huit gestionnaires et cadres techniques des principaux départements qui apporteront des améliorations au système, tels que :

- Le Département du Ministère de la Santé
- Le service de planification et d'analyse du recensement
- Le département de l'état civil du ministère de l'intérieur
- Autres départements et instituts fortement impliqués dans la mesure sociale et sanitaire
- Des conseillers techniques engagés par le ministère de la santé

Le groupe de travail des parties prenantes sur SIS, Ce groupe mène des discussions techniques pour chaque étape du processus et résultat. Il est composé de 40 à 60 membres issus des bureaux et de programmes qui sont en mesure de contribuer à la conception l'amélioration du système d'information et qui seront responsables de la mise en œuvre des stratégies et activités relevant de leur domaine de travail. Ceux-ci incluent normalement des départements tels que la planification, la gestion budgétaire et financière, la gestion des ressources humaines, le suivi et l'évaluation, la surveillance des maladies, les principaux programmes et services de santé, les autres ministères et départements concernés, les organisations non gouvernementales importantes intervenant dans le domaine de la santé, les représentants du secteur privé, les agences techniques externes et des bailleurs de fonds intéressés par le sujet qui seront responsables de la mise en œuvre des stratégies et activités relevant de leur domaine d'expertise.

Principes directeurs à prendre en compte

- Leadership national et appropriation du processus
- Définir et répondre aux besoins et demandes du pays
- S'appuyer sur les initiatives et les systèmes existants
- S'efforcer d'obtenir un large consensus grâce à une large participation des parties prenantes
- Poursuivre des progrès de développement graduels en vue de la réalisation des objectifs à long terme

Évaluation du Module 10

Questions

Les bonnes réponses sont fournies sur la page suivante.

1. Quelle est le rôle du leadership dans la surveillance, suivi, et évaluation (SSE) de paludisme ?
 - a. Développer et communiquer une vision claire et convaincante des missions de SSE
 - b. Susciter l'implication et l'engagement de tous les acteurs clés dans l'élaboration des objectifs, stratégies et interventions basés sur des données probantes à travers des plans stratégiques et opérationnels pertinents
 - c. Créer et maintenir un dynamisme d'équipe SSE
 - d. a et c
 - e. a, b, et c

2. La management est définie comme :
 - a. Fournir une vision qui influence ceux qui travaillent dans l'organisation
 - b. Organiser les ressources et coordonner les tâches pour atteindre un objectif
 - c. Assurer la confiance en une vision
 - d. Résoudre les conflits
 - e. Construire de la confiance
 - f. Développer les collaborateurs

3. *Vrai ou faux* : L'approche proactive : Le leader répond aux événements, aux situations et attitudes par le biais d'instructions
 - a. Vrai
 - b. Faux

4. *Vrai ou faux* : L'approche réactive : Le leader prend des initiatives responsables pour anticiper, changer les situations et les attitudes avec l'implication des acteurs.
 - a. Vrai
 - b. Faux

Bonnes Réponses

1. Quelle est le rôle du leadership dans la surveillance, suivi, et évaluation (SSE) de paludisme ?

e. a, b, et c

2. La management est définie comme :

b. Organiser les ressources et coordonner les tâches pour atteindre un objectif

3. *Vrai ou faux* : L'approche proactive : Le leader répond aux événements, aux situations et attitudes par le biais d'instructions

b. Faux

Le leader prend des initiatives responsables pour anticiper, changer les situations et les attitudes avec l'implication des acteurs.

4. *Vrai ou faux* : L'approche réactive : Le leader prend des initiatives responsables pour anticiper, changer les situations et les attitudes avec l'implication des acteurs.

b. Faux

Le leader répond aux événements, aux situations et attitudes par le biais d'instructions.



MODULE 11 :

LA SURVEILLANCE DES PROGRAMMES DE PALUDISME

MODULE 11 : LA SURVEILLANCE DES PROGRAMMES DE PALUDISME

Ce module décrit la surveillance du paludisme dans le contexte mondial et définit les concepts de base. Il décrit la manière dont la surveillance du paludisme est effectuée dans différents contextes de transmission : élevée et modérée, faible, très faible et élimination, conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il prend en compte les facteurs de risque qui affectent la surveillance du paludisme. Enfin, il aborde l'importance de l'évaluation des performances d'un système de surveillance du paludisme. Il convient de noter que ce module ne vise pas à reproduire les directives fournies dans le *Lutte contre le Paludisme : Surveillance, Suivi et Evaluation : Un Manuel de Référence* (OMS). Veuillez-vous référer à ce document pour plus de détails à

<https://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241565578/en/>



Objectifs du Module

À la fin de ce module, vous serez en mesure de :

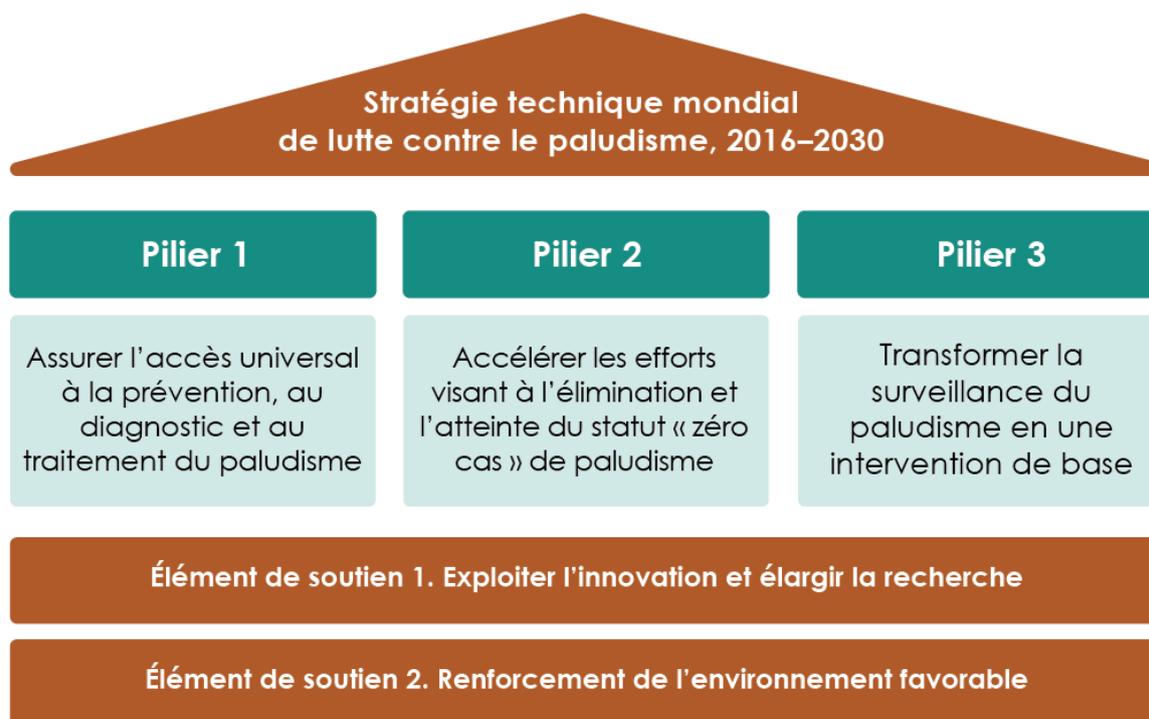
- Comprendre le contexte global de la surveillance du paludisme
- Définir les concepts de base de la surveillance, les principes et la fonctionnalité
- Décrire la surveillance du paludisme dans divers contextes de transmission
- Reconnaître les facteurs de risque
- Évaluer les performances d'un système de surveillance du paludisme

Le Contexte Mondial de la Surveillance du Paludisme

En 2015, la stratégie technique mondiale (STM) a transformé la surveillance du paludisme en une intervention centrale sous le pilier 3. Ce pilier de la surveillance doit être utilisée comme une forme de surveillance agressive pour guider les programmes d'action contre le paludisme. Plus de détails sur la *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030* (OMS) sur ce lien :

<https://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241564991/fr/>

Figure 31. Stratégie technique mondiale contre le paludisme, 2016–2030 (OMS)



Source : Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030 (OMS)

Concepts de Base

Définition de la Surveillance du Paludisme

La surveillance du paludisme peut être définie comme la collecte systématique et régulière des informations sur l'apparition, la distribution et les tendances du paludisme avec précision et sa complétude pour éclairer les actions de lutte et de contrôle contre le paludisme. Il fournit des données et des informations ponctuelles, spécifiques au paludisme, à l'échelle nationale ou pour des zones géographiques spécifiques.

La surveillance comme une intervention englobe le suivi de la maladie (le paludisme), les réponses programmatiques ainsi que la prise en compte des mesures en réponse aux données reçues.

STM - Paludisme

La surveillance du paludisme doit être adaptée au contexte de transmission pour tenir compte des différentes exigences en matière de données et d'action. Le tableau ci-dessous montre les directives opérationnelles de l'OMS concernant la SSE du paludisme pour la surveillance du paludisme dans les différents contextes de transmission.

Figure 32. OMS/(GTS) Orientations opérationnelles de la SSE pour la surveillance du paludisme par zones de transmission

Système de surveillance : déroulement des opérations et conditions à satisfaire en fonction des différentes intensités de transmission du paludisme

		Transmission forte	Modérée	Faible	Très faible	Zéro	Maintenir à zéro
		PP Pf ≥ 35 % ou IPA de ~ 450 cas pour 1000 hab.	PP Pf de 10-35 % ou IPA de 250-450 cas pour 1000 hab.	PP Pf de 1-10 % ou IPA de 100-250 cas pour 1000 hab.	PP Pf > 0 mais < 1 % ou IPA de <100 cas pour 1000 hab.	Pas de transmission	
Pilier 3 de la Stratégie mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 Faire de la surveillance du paludisme une intervention de base	Détection des cas	Détection passive des cas			Détection active et passive des cas		
	Enregistrement	Registres des consultations externes et des hospitalisations			Dossiers individuels des patients		
	Fréquence de la notification	Mensuelle			Hebdomadaire	Notification des cas immédiate	
	Niveau de résolution des données transmises	Notification cumulée des cas par sexe et catégorie d'âge			Rapport de cas, âge, sexe, lieu de résidence, antécédents de déplacement et classification du cas		
	Utilisation des données : établissements de santé	Analyse des données mensuelle			Analyse des données hebdomadaire	Analyse des données en temps quasi réel	
	Utilisation des données : niveaux intermédiaires	Analyse des données mensuelle			Analyse des données hebdomadaire	Analyse des données hebdomadaire	
	Utilisation des données : niveau national	Analyse des données mensuelle ou trimestrielle			Analyse des données hebdomadaire	Analyse des données hebdomadaire	
	Délai avant la réponse	Mensuel ou trimestriel			Hebdomadaire	Investigation des cas dans les 24-48 h, investigation des foyers sous 1 semaine	
	Fréquence du retour d'information aux niveaux inférieurs et supérieurs	Annuelle ou trimestrielle			Mensuelle	Toutes les 2 semaines	
	Suivi du système de surveillance	Tous les deux ans			Annuellement	Annuellement ou plus fréquemment	

Manuel de référence de l'OMS sur le paludisme, 2018, p. 13

Objectifs de la Surveillance du Paludisme

Le STM recommande que les informations issues de la surveillance du paludisme soient utilisées pour la prise de décision basée sur des données probantes pour les politiques et les programmes et pour éclairer la mise en œuvre du programme. Les objectifs incluent :

- **Planifier** : Fournir un cadre fondé sur des évidences qui organise les actions et suit les progrès
- **Contribuer** : Utiliser la détection précoce et la réponse rapide pour améliorer les résultats en matière de santé et permettre à la communauté des soins de santé pour déployer les ressources aux endroits où elles sont le plus nécessaires
- **Alerter** : Détecter les tendances anormales pouvant indiquer des épidémies et utiliser ces données probantes pour prendre des mesures préventives.
- **Décrire** : Décrire l'ampleur possible de l'augmentation du nombre de cas en analysant les tendances et l'évolution de la maladie et en rapportant les données factuelles aux parties prenantes qui peuvent utiliser les informations pour prendre des actions.
- **Evaluer** : Mesurer l'efficacité des interventions et identifier les domaines à renforcer
- **Hypothèses** : Analyser les informations disponibles et les interpréter pour former une hypothèse de travail qui peut être testée par la recherche et affinée au cours des activités.
- **Recherche** : Identifier les éléments de la maladie qui nécessitent des réponses par le biais de la recherche scientifique

Définition Standardisée de Détection des Cas de Paludisme

La détection de la surveillance du paludisme suit des critères établis, une définition de cas standard pour garantir que chaque cas est diagnostiqué de la même manière. Les cas de paludisme sont définis comme le montre la Figure 33.

Figure 33. Définition standardisée des cas de paludisme

Cas suspect de paludisme	<ul style="list-style-type: none">• Personne malade présentant une fièvre ou antécédent de fièvre sans autre signe d'appel pouvant être à l'origine de la fièvre
Cas présumé de paludisme	<ul style="list-style-type: none">• Cas suspect sans test diagnostic de confirmation mais néanmoins traité comme un paludisme
Cas confirmé simple de paludisme	<ul style="list-style-type: none">• Cas suspect avec TDR et/ou GE positif (s)
Cas grave	<ul style="list-style-type: none">• Cas confirmé par GE et /ou TDR hospitalisé pour paludisme
Cas de décès	<ul style="list-style-type: none">• Cas de décès confirmé par une microcopie positive ou un TDR

Détection de Cas

La surveillance du paludisme peut être passive ou active comme le montre la Figure 34.

Figure 34. Comparaison de la surveillance passive et active du paludisme

Surveillance Passive	Surveillance Active
<ul style="list-style-type: none">• Les données sont collectées à partir des systèmes de routine existants avec notifications systématiques.• Cas capturés lorsque les patients demandent des soins dans des établissements de santé ou auprès d'un agent de santé communautaire	<ul style="list-style-type: none">• Les données sont recueillies régulièrement auprès d'établissements de santé ou de ménages sélectionnés.• Nouveaux cas étroitement surveillés et signalés par les systèmes de routine.

La surveillance passive est moins contraignante pour le système de santé et moins coûteuse car elle utilise le système d'information de santé de routine existant. Il fournit des données utiles qui montrent les tendances au fil du temps. Cependant, il peut ne pas être représentatif car tous les cas ne sont pas capturés dans le système d'information de santé de routine. Il peut également ne pas identifier les épidémies et est limité par la variabilité et le caractère incomplet des rapportages.

La surveillance active valide souvent les rapports passifs, garantit rapports, identifie les épidémies et peut être utilisée avec des enquêtes spécifiques pendant de brèves périodes. Il existe deux types de surveillance active, proactive et réactive. Au cours d'une approche proactive, un agent de santé teste le paludisme sur toute la population d'une région donnée. Au cours d'une approche réactive, un agent de santé se déplace de foyer en foyer pour tester la population sur le paludisme. Les deux approches sont lourdes pour le personnel de santé et coûteuses à maintenir.

Enquête de Cas et Classification

Une enquête de cas est effectuée pour déterminer l'origine de l'infection, locale ou importée, et documenter les facteurs. Des informations détaillées sur l'historique du cas index sont recueillies à partir du point de prestation de services où il a été signalé pour ouvrir une enquête. Les enquêtes de cas sont menées le plus souvent dans des conditions de transmission très basses, dans le cadre de la détection de cas réactive. Les informations collectées permettront de classer le cas comme autochtone, importé, introduit ou induit

Une fois le cas examiné, il est classé dans l'une des catégories suivantes, comme le montre la Figure 35 :

Figure 35. Classifications des cas de paludisme

Cas autochtone	• Tout cas contracté localement (au niveau national ou dans les limites d'une région donnée), sans une forte évidence d'un lien direct avec un cas importé.
Cas importé	• Cas dont l'origine peut être retracée comme étant une zone impaludée connue, extérieure à la zone dans laquelle le cas a été diagnostiqué.
Cas introduit	• Cas contracté localement, avec de fortes preuves épidémiologiques d'un lien direct avec un cas importé connu.
Cas induit	• Cas dont l'origine peut être retracée comme étant une transfusion sanguine ou une autre forme d'inoculation parentérale et non à la transmission par un moustique

Ripostes

Toute enquête épidémiologique ou d'enquête de cas doit se terminer par une riposte. Les programmes fixent souvent des niveaux de seuils pour les activités. Un seuil d'alerte suggère la nécessité d'enquêtes plus poussées et un seuil d'épidémie déclenche une réaction spécifique via la confirmation en laboratoire ou la mise en œuvre d'une enquête urgente. Les seuils sont définis en fonction des paramètres de transmission et des ressources humaines et financières disponibles pour répondre. Les programmes de contrôle du paludisme définissent des activités de riposte, telles que la mobilisation de ressources, les communications multisectorielles et d'autres interventions. Les programmes sont également responsables

de la gestion de stocks, de la définition de cas, des équipements, des médicaments et de kits de TDR à utiliser pour des ripostes immédiates.

Surveillance du Paludisme dans Les Zones de Transmission Élevées et Modérées

Une zone de transmission élevée se caractérise par une prévalence de *Plasmodium falciparum* $\geq 35\%$ avec un indice parasitaire annuel d'environ 450 par 1000. Une zone de transmission modérée se caractérise par une prévalence de *Plasmodium falciparum* de 10%-35% avec un indice parasitaire annuel compris entre 250-450 pour 1000. La priorité dans la surveillance du paludisme dans ces contextes est de réduire le fardeau du paludisme, les cas et les décès dus au paludisme.

Tableau 12. Caractéristiques d'un contexte de réduction du fardeau du paludisme

Profil de la lutte antipaludique dans un contexte de réduction du fardeau du paludisme	
Prévalence du Parasite	<ul style="list-style-type: none"> Elevée : PfPR $\geq 35\%$ IPA=450 pour 1,000 Modérée : PfPR 10–35% IPA=250-450 pour 1,000
Incidence	<ul style="list-style-type: none"> Majorité des cas chez les <5 ans Variation dans le temps limitée Variation géographique limitée
Décès	<ul style="list-style-type: none"> Majorité des cas de décès chez les <5 ans
Fièvre	<ul style="list-style-type: none"> Forte proportion due au paludisme
Centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> Forte proportion due au paludisme
Parasites	<ul style="list-style-type: none"> Majorité des cas due au <i>P.falciparum</i>
Vecteurs	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité de la capacité vectorielle (anophèles)
Systèmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> Faible et mauvaise accessibilité aux services Faible ratios personnels/patients Ruptures fréquentes de fournitures (TDR, microscopie)

Au niveau système de surveillance du paludisme dans les zones à forte fardeau on collecte les données sur l'épidémiologie du paludisme afin de fournir des informations pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions pour le contrôle du paludisme. Les données sur les cas individuels et les décès sont enregistrés sur les registres des services ambulatoires et des patients hospitalisés, puis agrégées dans un rapport mensuel pour analyse. Les données sont collectées via le système d'information de santé de routine (SISR), surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR), les systèmes de surveillance parallèle du programme et les sites sentinelles. Les enquêtes auprès des ménages, telles que les enquêtes EDS (Enquête démographique et de santé), MICS (Enquête en grappes à indicateurs multiples) et EIP (Enquête sur les indicateurs du paludisme) peuvent également fournir des données supplémentaires sur la prévalence de la parasitémie et la couverture des interventions au niveau de la population.

L'analyse des données dans ce contexte nécessite l'observation des tendances dans les données agrégées. Les établissements de santé affichent sous forme de graphique le nombre cas de paludisme, des décès liés au paludisme et surveillent les tendances mensuellement. Au niveau sous-national et national on utilise des données agrégées sur les cas et les décès pour identifier les tendances au fil du temps, pour évaluer l'efficacité des interventions de contrôle du paludisme et procéder à des ajustements programmatiques.

Exemple des indicateurs important à collecter dans ce cas de figure sont les suivants :

- Nombre de cas confirmés de paludisme pour 1000 habitants par mois/an
- Nombre de cas de paludisme hospitalisés pour 10.000 habitants par mois/an
- Nombre de patients hospitalisés décédés due au paludisme pour 10.000 par mois/an
- Taux de positivité au test de paludisme (TDR et/ou des lames)
- Pourcentage de cas dû au *P. falciparum*
- Pourcentage de patients hospitalisés avec un diagnostic de décharge du paludisme
- Pourcentage de décès au paludisme parmi les patients hospitalisés
- Pourcentage des cas suspects de paludisme recevant un test de diagnostic
- Taux d'exhaustivité des rapports

Des informations supplémentaires sur les indicateurs de réduction du fardeau de paludisme peuvent être trouvées dans le manuel de référence de l'OMS sur le SSE du paludisme (OMS, 2018, tableau 14 et annexe 17).

Surveillance du Paludisme dans les Zones de Transmission Faible

Dans le contexte de faible transmission c'est à dire ayant un PfPR de 1 à 10% ou un IPA de 100 à 250 pour 1 000. Ce contexte de transmission est classé en deux groupes : (1) les zones en transition de transmission modérée à faible transmission et (2) les zones qui présentent des changements environnementaux saisonniers qui rendent les vecteurs inefficaces. Dans ce contexte, la priorité est de collecter des informations afin de surveiller les changements susceptibles d'indiquer une augmentation irrégulière du nombre de cas de paludisme en vue de préparer une riposte. L'objectif du Programme national de lutte contre le paludisme dans ce contexte est de réduire l'incidence du paludisme à un niveau très bas, en utilisant la détection de cas passive et la détection de cas réactive si besoin en est.

Tableau 13. Caractéristiques d'un contexte de faible transmission

Profil de la lutte antipaludique dans un contexte de faible transmission	
Prévalence du Parasite	<ul style="list-style-type: none"> • PfPR = 1-100% (enfants 2-9 ans) • IPA=100 – 250 pour 1,000
Incidence	<ul style="list-style-type: none"> • Uniformité dans les groupes d'âge • La plupart des cas se produisent dans des groupes de population marginalisés avec une exposition plus élevée • Proportion significative des cas importés
Distribution des cas	<ul style="list-style-type: none"> • Paludisme saisonnier, risque élevé d'épidémies • Beaucoup plus focalisé sur les districts
Décès	<ul style="list-style-type: none"> • Faible (la majorité des cas de décès se produisent chez les populations exposées)
Fièvre	<ul style="list-style-type: none"> • Faible proportion due au paludisme
Centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Faible proportion due au paludisme
Parasites	<ul style="list-style-type: none"> • Majorité des cas due au <i>P. vivax</i>
Vecteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Instabilité des activités saisonnières des anophèles
Systèmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Les centres de santé souvent mieux structurés • Meilleure disponibilité de fournitures (TDR, microscopie)

Les programmes utilisent les données de SSE collectées sur l'incidence, la mortalité, le suivi des patients ; les résultats de diagnostic ; et la qualité des rapports des établissements de santé pour éclairer la planification, le suivi et l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme.

Les données collectées au niveau de l'établissement de santé identifient les tendances, indiquent les groupes de population présentant la plus forte incidence et identifient la source de l'infection. Les informations sur les établissements de santé sont tracées chaque semaine pour identifier les tendances, identifier les groupes de population présentant l'incidence la plus élevée, rechercher la source de l'infection et en informer le niveau infranational. Toute modification irrégulière fait immédiatement l'objet d'une enquête. Le niveau sous-national effectue une revue mensuelle des données et une analyse plus poussée. Le niveau national analyse l'impact des interventions de contrôle du paludisme dans la zone touchée.

La surveillance dans un contexte de faible transmission prend en compte l'hétérogénéité des pays. L'analyse est désagrégée en fonction d'un seuil clairement défini pouvant déclencher une alerte en vue d'une enquête plus approfondie. Les données de surveillance sont comparées aux seuils avec le temps. Si le nombre de cas atteint ou dépasse le seuil, une enquête supplémentaire est menée pour confirmer l'épidémie et préparer une réponse adéquate. Il existe de nombreuses approches pour calculer les seuils d'alerte et d'épidémie, notamment le nombre constant de cas de paludisme, les centiles supérieurs à la médiane ou au troisième quartile, le nombre moyen de cas de paludisme +2 écarts-types (moyenne + 2SD), la somme cumulée (C-SUM) et la tendance hebdomadaire ou le doublement sus les trois semaines consécutives (7–9). Les pays peuvent choisir la meilleure approche en fonction de leurs paramètres.

Surveillance du Paludisme dans les Zones de Très Faible Transmission

Dans les zones de transmission très faible les taux de parasites de *Plasmodium falciparum* (PfPR) supérieur à 0 mais inférieur à 1% avec un incidence parasitaire annuelle (IPA) inférieur à 100 pour 1 000. Dans ce contexte, la priorité est d'interrompre la transmission locale du paludisme. Le système de surveillance du paludisme détecte toutes les infections palustres, avec ou sans symptômes, pour assurer une réponse immédiate avec un traitement rapide pour prévenir les cas secondaires. Le système capture les cas de paludisme dans un pays ou une région entière avec un accent mis sur les cas récent avec ou les cas de transmission en cours.

Tableau 14. Caractéristiques d'un contexte de très faible transmission

Profil de la lutte antipaludique dans un contexte de très faible transmission	
Prévalence du Parasite	<ul style="list-style-type: none"> • PfPR ≥ 0 mais $< 1\%$ • IPA ≤ 100 pour 1,000
Incidence	<ul style="list-style-type: none"> • Cas sporadique • Les cas importés plus fréquent.
Distribution des cas	<ul style="list-style-type: none"> • Paludisme saisonnier, • Risque élevé d'épidémies
Décès	<ul style="list-style-type: none"> • Faible (la majorité des cas de décès se produisent chez les populations exposées)
Fièvre	<ul style="list-style-type: none"> • Faible proportion due au paludisme
Centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Faible proportion due au paludisme
Parasites	<ul style="list-style-type: none"> • Majorité des cas due au <i>P.vivax</i>

Profil de la lutte antipaludique dans un contexte de très faible transmission

Vecteurs	<ul style="list-style-type: none">• Activités des vecteurs sont contrôlées• Activités vectorielle inefficace les vecteurs deviennent incompétents (la plupart des cas sont importés)
Systèmes de santé	<ul style="list-style-type: none">• Les centres de santé sont solides et mieux structurés• Meilleure disponibilité des intrants (TDR, microscopie) pour investiguer chaque cas.

Récolter les données de haute qualité est nécessaires pour les cas suspects de paludisme confirmé par un test parasitologique. Tous les cas sont pleinement investigués et les résultats sont rapportés de façon prompte et complète. Les registres des tests et enquêtes sont conservés afin de guider la mise en œuvre du programme. Chaque cas de paludisme signalé par un système de surveillance passive est important et nécessite les actions immédiates suivantes :

1. Confirmer tous les cas de paludisme dans les établissements de santé des secteurs public et privé
2. Enquêter sur des cas individuels pour déterminer si l'infection a été contractée ou importée
3. Identifier les foyers, enquêter pour documenter les caractéristiques des cas transmis et intensifier les activités de riposte et de surveillance dans les zones de transmission très faible.

Vous trouverez plus d'informations sur les indicateurs clés dans les zones de transmission très faible dans le manuel de SSE de l'OMS sur le paludisme (OMS, 2018, Tableau 14 et Annexe 17).

Surveillance du Paludisme dans le Contexte d'Élimination

Le statut d'élimination est atteint lorsqu'il n'y a aucune incidence de paludisme contracté localement dans une zone, grâce aux efforts délibérés déployés pour empêcher le rétablissement de la transmission. La surveillance du paludisme est essentielle pour réussir l'élimination du paludisme grâce à une collecte et à un enregistrement diligent des données. Dans ce contexte, le système de surveillance du paludisme doit confirmer tous les cas de paludisme provenant d'établissements publics et privés et examiner chaque cas pour déterminer s'il a été contracté ou importé localement. Une investigation des foyers sont réalisées pour documenter les caractéristiques et intensifier les activités de riposte et de surveillance. Un soutien politique national est nécessaire, ainsi que le déploiement de ressources supplémentaires en termes de personnel, la mise à jour du matériel de diagnostic de laboratoires et les centres de traitement. Le personnel doit être correctement formé à la reconnaissance des symptômes du paludisme, aux procédures de diagnostic, aux traitements appropriés et à l'enregistrement précis des données. Le secteur privé doit également être impliqué pour garantir que le système de surveillance enregistre les cas de tous les établissements, publics et privés.

Les indicateurs clés pour l'élimination du paludisme sont focalisés sur le processus, les résultats et l'impact. Vous trouverez ci-dessous une sélection d'indicateurs les plus utilisés :

Tableau 15. Indicateurs communs pour l'élimination du paludisme

Les Indicateurs de Processus et de Résultat	Les indicateurs d' Impacts
<ul style="list-style-type: none"> • Taux annuel d'analyses de sang par district et par foyer • Pourcentage des rapports mensuels attendus reçus des établissements de santé et des laboratoires • Pourcentage de cas confirmés ayant fait l'objet d'une investigation complète • Pourcentage de foyers entièrement étudiés et enregistrés • Délai entre le premier symptôme (fièvre) et le premier contact avec le système de santé • Temps entre le premier contact et le test • Délai entre le résultat du test positif et le début du traitement • Délai entre le résultat positif du test et la notification du programme national de lutte contre le paludisme • Pourcentage de laboratoires de dépistage du paludisme participant à un système de gestion de la qualité • Pourcentage des rapports annuel des 5 dernières années avec le programme national de lutte contre le paludisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et taux d'incidence des cas de paludisme confirmés par classification, sexe, groupe d'âge, groupe de risque, etc. • Nombre de foyers par classification (Incidence) • Nombre de cas importés (Incidence)

Vous trouverez plus d'informations sur les indicateurs clés dans les zones de transmission très faible dans le manuel de SSE de l'OMS sur le paludisme (OMS, 2018, tableau 14 et annexe 17).

Suivi des Facteurs de Risque

Un système efficace de surveillance du paludisme nécessite le suivi des facteurs de risque qui affectent la reproduction du vecteur, le risque de transmission, ainsi que les diagnostics et les traitements efficaces. Ces facteurs de risque peuvent être environnementaux ou anthropiques.

Facteur Environnementaux

Les facteurs environnementaux qui influencent le cycle de vie des vecteurs incluent la température, les précipitations, l'humidité, le vent et la topographie.

La température ambiante qui est la mesure de la chaleur dans un volume d'air, est enregistrée à 14 heures pour la température maximale et à 6 heures du matin pour la température minimale. Les températures maximales et minimales affectent la survie du vecteur du stade larvaire au stade adultes, le développement du parasite au niveau du vecteur et la fréquence des repas de sang. La température moyenne idéale pour la transmission du paludisme se situe entre 20 et 30 degrés Celsius.

Les précipitations créent des sites de reproduction des vecteurs en augmentant la disponibilité de l'eau. L'humidité relative, le rapport air / vapeur d'eau, affecte l'évaporation de l'eau de surface et la survie des vecteurs adultes. Une humidité plus élevée augmente la survie des moustiques. Par exemple, un anophèle adulte a besoin de plus de 60% d'humidité pour survivre.

La direction et la vitesse du vent contribuent à la propagation du vecteur. La topographie, les montagnes, les vallées et les zones humides affectent la formation de la source d'eau et peuvent affecter la couverture

végétale qui affecte l'habitat du vecteur. Le tableau ci-dessous résume les principaux facteurs environnementaux, les outils de collectes utilisés et leurs effets sur la transmission du paludisme.

Tableau 16. Effets et mesure des facteurs environnementaux courants sur la transmission du paludisme

Facteurs	Outils de collecte	Effets sur la transmission du paludisme
Température (°C) <ul style="list-style-type: none"> • Minimale • Maximale • Moyenne 	<ul style="list-style-type: none"> • Thermomètre 	<ul style="list-style-type: none"> • Survie du vecteur (larve et adulte) • Développement du parasite chez le vecteur • Fréquence des repas sanguins
Humidité relative (%)	<ul style="list-style-type: none"> • Hygromètre 	<ul style="list-style-type: none"> • Survie du vecteur (adulte) • Favorise l'eau de surface
Pluviométrie (millimètre)	<ul style="list-style-type: none"> • Pluviomètre 	<ul style="list-style-type: none"> • Permet la création des gîtes de reproduction du vecteur • Peut détruire les gîtes larvaires en cas de fortes pluies (lessivage)
Vent <ul style="list-style-type: none"> • Direction (rose des vents) • Vitesse (m/s) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anémomètre 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite la distribution spatiale du vecteur
Végétation <ul style="list-style-type: none"> • Indice normatif de végétation • Carte de végétation 	<ul style="list-style-type: none"> • Télédétection avec validation sur terrain 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorise les lieux de repos du vecteur
Eaux de surface <ul style="list-style-type: none"> • Petites végétations au bord des points d'eau 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartographie 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorise la formation des gîtes larvaires • Crée un micro climat pour la survie du vecteur
Relief <ul style="list-style-type: none"> • Dénivellation • Fonds de vallée • Bas-fonds • Marécages 	<ul style="list-style-type: none"> • Carte topographique 	<ul style="list-style-type: none"> • Affecte la formation de points d'eau-gîtes potentielles
Type de sols <ul style="list-style-type: none"> • Sols argileux • Sols sablonneux 	<ul style="list-style-type: none"> • Carte pédologique 	<ul style="list-style-type: none"> • Affecte la disponibilité des points d'eau

Les Facteurs Anthropiques

Les facteurs anthropiques sont l'ensemble des activités humaines, qui affectent la reproduction des vecteurs et des parasites. L'exploitation des terres, telles que les systèmes d'irrigation, l'agriculture et l'exploitation minière, peut créer ou augmenter les eaux de surface servant de sites de reproduction pour le vecteur. Les sources d'eau, telles que les puits et les trous de forage, peuvent constituer des sites de reproduction pour le vecteur même pendant la saison sèche. L'urbanisation affecte la survie des vecteurs en créant des sites de reproduction dans les ordures et les flaques d'eau au bord des trottoirs. Cependant, il réduit également la transmission en rendant le traitement plus accessible. Enfin, le type d'habitats a une incidence sur la transmission du paludisme, par exemple les habitats surpeuplés ou les villages ouverts ont un taux de contact vecteurs-humains élevé.

Parmi les autres facteurs qui influencent sur la transmission du paludisme, on peut citer l'incertitude du système de santé, l'échec des interventions sanitaires, l'instabilité socio-politique et économique, la susceptibilité individuelle (âge, profession) et les conditions de logement. Une bonne compréhension de la relation entre les différents facteurs peut permettre la mise en place d'une bonne stratégie de surveillance.

Évaluation des Performances d'un Système de Surveillance du Paludisme

Une évaluation du système de surveillance doit être effectuée périodiquement pour garantir que le système respecte les priorités du programme. Une évaluation documente l'efficacité du système et les liens entre le système de surveillance et les autres systèmes existants d'information sur la santé. Les résultats de l'évaluation offrent la possibilité d'introduire de nouvelles méthodes de surveillance pour renforcer le système. Une évaluation des performances d'un système de surveillance comprend quatre composants : structure, fonctions essentielles, fonctions d'assistance et résultats de qualité. Le manuel de l'OMS sur le SSE du paludisme contient plus de détails sur les éléments à évaluer dans chaque composante.

Évaluation du Module 11

Questions

Les bonnes réponses sont fournies sur la page suivante.

1. La Surveillance épidémiologique implique le/les éléments suivants.
 - a. Un processus systématique et continu
 - b. La collecte de données pertinentes
 - c. L'analyse et l'interprétation des données
 - d. Tous les éléments suscités
2. *Vrai ou Faux* : un présumé malade du paludisme est une personne souffrant de fièvre ou ayant une historique de fièvre sans confirmation du diagnostic par microscopie ou TDR.
 - a. Vrai
 - b. Faux
3. Faites correspondre chaque catégorie avec sa définition utilisée dans les investigations de cas.

a. Cas importé	<ul style="list-style-type: none">• cas contracté localement, avec de fortes preuves épidémiologiques d'un lien direct avec un cas importé connu.
b. Cas autochtone	<ul style="list-style-type: none">• cas dont l'origine peut être retracée comme étant une zone impaludée connue, extérieure à la zone dans laquelle le cas a été diagnostiqué.
c. Cas induit	<ul style="list-style-type: none">• Tout cas contracté localement (au niveau national ou dans les limites d'une région donnée), sans une forte évidence d'un lien direct avec un cas importé.
d. Cas introduit	<ul style="list-style-type: none">• cas dont l'origine peut être retracée comme étant une transfusion sanguine ou une autre forme d'inoculation parentérale et non à la transmission par un moustique.

4. Qu'est-ce qui déclenche une riposte précise pour la mise en œuvre urgente des interventions pour la gestion / contrôle de l'épidémie ?
 - a. Seuil d'alerte
 - b. Seuil épidémique
 - c. Seuil de ligne rouge
 - d. a, b, et c
 - e. Aucun des éléments ci-dessus
5. La surveillance du paludisme dans les zones de transmission forte à modérée est axée sur:
 - a. Confirmation de chaque cas auprès des structures de santé publiques et privées et déterminer si chaque cas est acquis localement ou importé à la suite d'une investigation de cas
 - b. Recueillir des informations pour surveiller les changements indiquant une augmentation irrégulière du nombre de cas de paludisme et préparer une réponse
 - c. Réduire le fardeau du paludisme, y compris les cas et les décès
 - d. Détecter toutes les cas de paludisme, avec ou sans infections, et assurer une réponse immédiate avec un traitement rapide pour prévenir les cas secondaires

6. Ce qui n'est PAS vrai en ce qui concerne la détection de cas passive :
 - a. Un agent de santé teste le paludisme sur une population entière dans une région donnée
 - b. Les données sont collectées à partir des systèmes de routine existants
 - c. Les cas sont capturés lorsque les patients se font soigner dans des établissements de santé ou par un agent de santé communautaire
 - d. La détection passive des cas peut être limitée par le caractère incomplet des rapports

7. Il existe deux formes de surveillance active. Ce sont :
 - a. Proactive et rétroactive
 - b. Réactive et Proactive
 - c. Réactive et rétroactive
 - d. Aucune des réponses ci-dessus

8. *Vrai ou faux*: Les facteurs anthropiques de la transmission du paludisme sont des facteurs influencés par l'activité humaine, qui affectent le développement des vecteurs et des parasites
 - a. Vrai
 - b. Faux

9. Avec quelle périodicité la surveillance du paludisme doit-elle être menée ?
 - a. Jamais
 - b. Une fois tous les 20 ans
 - c. Tous les 10 ans
 - d. Périodiquement

Bonnes Réponses

1. La Surveillance épidémiologique implique le/les éléments suivants.

d. Tous les éléments suscités

2. *Vrai ou Faux* : un présumé malade du paludisme est une personne souffrant de fièvre ou ayant une historique de fièvre sans confirmation du diagnostic par microscopie ou TDR

Vrai: un cas présumé est un cas suspect sans test de diagnostic confirmé mais traité comme un paludisme.

3. Faites correspondre chaque catégorie avec sa définition utilisée dans les investigations de cas.

a. Cas importé	<ul style="list-style-type: none">cas dont l'origine peut être retracée comme étant une zone impaludée connue, extérieure à la zone dans laquelle le cas a été diagnostiqué.
b. Cas autochtone	<ul style="list-style-type: none">Tout cas contracté localement (au niveau national ou dans les limites d'une région donnée), sans une forte évidence d'un lien direct avec un cas importé.
c. Cas induit	<ul style="list-style-type: none">cas dont l'origine peut être retracée comme étant une transfusion sanguine ou une autre forme d'inoculation parentérale et non à la transmission par un moustique.
d. Cas introduit	<ul style="list-style-type: none">cas contracté localement, avec de fortes preuves épidémiologiques d'un lien direct avec un cas importé connu.

4. Qu'est-ce qui déclenche une riposte précise pour la mise en œuvre urgente des interventions pour la gestion / contrôle de l'épidémie?

b. Seuil épidémique.

Un seuil épidémique déclenche une réponse spécifique à travers la confirmation en laboratoire ou la mise en œuvre d'une enquête urgente

5. La surveillance du paludisme dans les zones de transmission forte à modérée est axée sur:

c. Réduire le fardeau du paludisme, y compris les cas et les décès

6. Ce qui n'est PAS vrai en ce qui concerne la détection de cas passive:

a. Un agent de santé teste le paludisme sur une population entière dans une région donnée

7. Il existe deux formes de surveillance active. Ce sont :

b. Réactive et Proactive

8. *Vrai ou faux*: Les facteurs anthropiques de la transmission du paludisme sont des facteurs influencés par l'activité humaine, qui affectent le développement des vecteurs et des parasites

Vrai (les facteurs anthropiques sont des facteurs influencés par l'activité humaine, qui ont une incidence sur la reproduction des vecteurs et des parasites)

9. Avec quelle périodicité la surveillance du paludisme doit-elle être menée ?

d. Périodiquement (le système de surveillance doit être mis en place périodiquement pour s'assurer qu'il respecte les priorités du programme)



MODULE 12 :

LE GENRE DANS LA SURVEILLANCE, SUIVI ET ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE PALUDISME

MODULE 12 : LE GENRE DANS LA SURVEILLANCE, SUIVI ET ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE PALUDISME

Ce module décrit l'impact du genre dans le paludisme en mettant l'accent sur l'influence du genre dans la transmission, la prévention et le traitement du paludisme, aussi sur comment les données relatives au genre peuvent aider les programmes antipaludiques à mieux cibler les populations et les approches d'intervention.

Objectifs du Module

À la fin de ce module, vous serez en mesure de :

- Expliquer les influences du genre sur la transmission du paludisme, la prévention, la recherche de soins et le traitement
- Identifier les sources de données sur le genre pour les programmes de lutte contre le paludisme
- Discuter des questions d'analyses liées au genre pour les programmes de lutte contre le paludisme

Définition de Genre

De façon général, l'OMS définit le genre comme un ensemble de rôles, de responsabilités, de droits et d'obligations économiques, sociaux et politiques définis par la culture, associés aux femmes et aux hommes, ainsi qu'aux relations de pouvoir entre les hommes et les femmes, garçons et filles. La définition et les attentes de ce que signifie être une femme ou fille et un homme ou garçon, ainsi que les sanctions quand on ne répond pas à ces attentes varient selon les cultures, le temps, et recourent souvent avec d'autres facteurs tels que la race, l'âge et l'orientation sexuelle. Les personnes transsexuelles s'identifiant en tant qu'hommes ou femmes, sont soumises aux mêmes attentes et sanctions.

Le genre comme un ensemble de rôles, de responsabilités, de droits et d'obligations économiques, sociaux et politiques définis par la culture, associés aux femmes et aux hommes, ainsi qu'aux relations de pouvoir entre les hommes et les femmes, garçons et filles.

Organisation mondiale de la santé, 2009

Le genre influence la prise de décision dans les ménages ainsi que l'accès aux ressources, ce qui à son tour influence l'accès au soin préventives pour le manage et les enfants.

Par exemple, les voyages, qui exigent des ressources financières souvent détenue par des hommes dans le ménage, constituent un obstacle lié au genre handicapant souvent l'accès aux soins et aux traitements en dehors du foyer ou de la communauté.

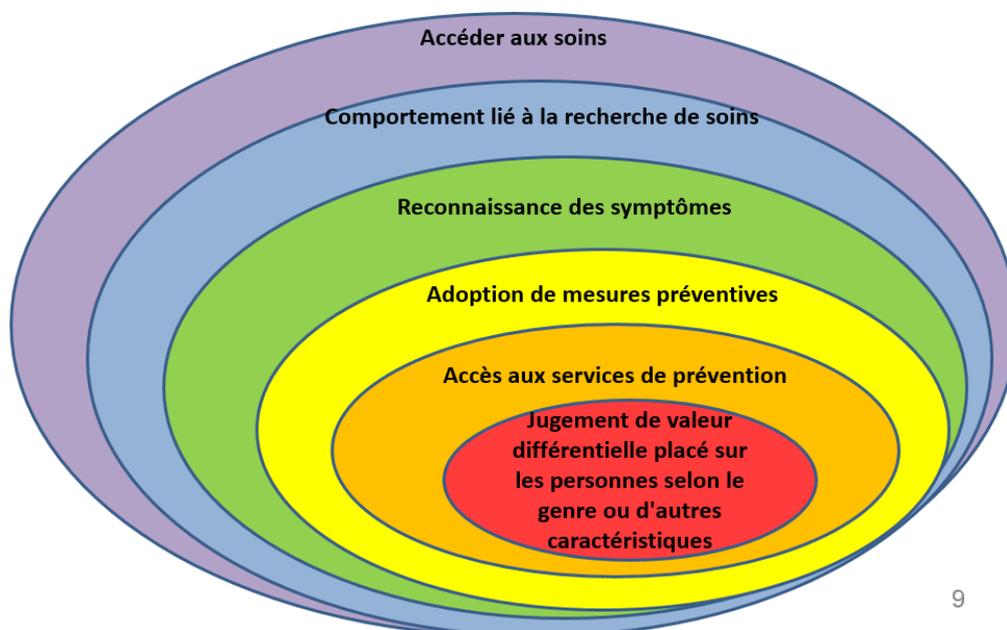
Bien que le genre ne soit pas un facteur majeur dans la transmission du paludisme, les femmes enceintes sont plus susceptibles au paludisme. De façon générale les personnes logeant dans les habitats délabrés, mal protégés, et pas adéquatement situés et travaillant la nuit ou passant la nuit en plein air sont plus susceptibles au paludisme.

Il y a toujours l'aspect genre qui influe sur le développement et conséquences d'une maladie. Bien que nous n'allions pas en discuter en profondeur dans ce cours, il est cependant important de noter que ces conséquences peuvent avoir des effets à long terme sur le bien-être des individus, des familles et des communautés et contribuer à une pauvreté persistante ou accrue. Parmi ces conséquences on peut citer l'abandon des études et l'incapacité de travailler à la maison ou à l'extérieur.

L'Influence Générale du Genre sur le Paludisme

Le graphique ci-dessous montre comment le genre peut influencer sur la transmission du paludisme. Ce graphique doit être lu en allant du centre vers l'extérieur en vue de comprendre les différentes dynamiques de genre contribuant à la vulnérabilité à l'infection palustre et comprendre comment l'aspect genre affecte la prévention, la recherche de soins et finalement l'accès à des soins de qualité.

Figure 36. Le genre peut influencer sur la transmission du paludisme



Ce graphique met en évidence l'impact que le genre peut avoir sur la transmission du paludisme

● En effet à partir du centre, on peut se poser la question de savoir s'il y a une valeur différentielle attribuée aux gens selon le sexe ou tout d'autres caractéristiques ?

Par exemple, est-ce que les filles sont plus désirées et ont plus de valeur dans une famille ou une société que les garçons ? Cela peut s'étendre aux attentes. Les hommes peuvent être considérés comme physiquement plus forts que les femmes, de sorte qu'une valeur ou un jugement différent soit attribué aux hommes selon cette caractéristique.

Le terme «valeur différentielle», nous voulons simplement savoir s'il y a une différence dans la façon dont les gens sont valorisés dans une société / communauté / ménage, ou s'il y a une «valeur» sociale différente attribuée à différentes personnes.

Mode de Transmission

Les populations peuvent avoir différentes susceptibilités au paludisme en fonction de normes liées au genre telles que la division du travail, entraînant des expositions différentielles au paludisme.

Certains groupes de populations peuvent passer des heures de l'aube au crépuscule en dehors des maisons, ce qui représente un moment privilégié pour les moustiques qui transmettent le paludisme. Certains groupes de populations peuvent même passer la nuit à l'extérieur, prolongeant ainsi leur exposition. Ces populations peuvent inclure des communautés de migrants et d'autres groupes marginalisés, tels que les travailleurs du sexe et les personnes LGBT, qui sont plus susceptibles d'être sans abri ou de dormir à l'extérieur. Aussi d'autres groupes de populations peuvent avoir une exposition accrue

à certaines périodes de l'année. La saison agricole dans certains endroits peut signifier que certains membres du ménage ou de la communauté, souvent des hommes, passent un certain temps à dormir loin de chez eux et de l'extérieur.

Changement de Comportement

● Maintenant que vous avez examiné comment les différentes populations peuvent avoir une exposition différentielle à l'infection palustre, déterminez si ces différentes populations ont un accès équitable aux services de prévention.

Les personnes ayant des caractéristiques différentes (par exemple le sexe) et l'importance accordée à cette différence du genre affectent-ils l'accès de ces personnes aux services de prévention ?

Par exemple, les femmes peuvent manquer de pouvoir financier ou décisionnel pour acquérir des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), ou pour participer à toutes les visites prénatales pour recevoir traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes (TPI).

Si vous identifiez des obstacles qui peuvent entraîner un déficit dans la couverture des interventions préventives, cela indique que vous avez besoin de plus de données sur ces obstacles et les populations qui y sont confrontées. Cela peut éclairer la réflexion sur les stratégies de distribution des MII et les centres de soins pour assurer une couverture universelle des MII.

● Ensuite, réfléchissez à la manière dont le genre ou d'autres différences peuvent affecter l'adoption et l'utilisation des services de prévention disponibles et accessibles. Au sein d'un ménage, l'aspect genre peut avoir une incidence sur les personnes qui dorment sous une MII, en particulier si les ménages n'ont pas suffisamment de MII pour chaque personne ou lit

Aussi certains groupes marginalisés peuvent être exclus des campagnes de distribution des MII. Si tel est le cas, les nouvelles stratégies de distribution des moustiquaires imprégnées doivent envisager des stratégies pour garantir que toutes les populations ont accès aux MII et les utilisent pour la prévention du paludisme.

Recherche de Soins et Traitement

Répondre aux questions suivantes. Si vous ne disposez pas de données ou d'informations pour y répondre, cela signifie que vous avez besoin de collecter certaines données.

● Ensuite considérez la façon dont les symptômes sont reconnus, et s'il y a une différence d'appréciation des symptômes basés le genre de la personne qui éprouve la maladie. Par exemple, si une femme enceinte a de la fièvre, les symptômes sont-ils reconnus plus rapidement ou considéré comme plus grave que si un homme adulte avait de la fièvre ? Les gens « ignorent-ils » les symptômes du paludisme en se basant sur les normes de genre et les attentes selon lesquelles les hommes sont « robuste » ou ne peuvent pas s'absenter du travail pour être malades ou se faire soigner ?

● Ensuite, considérez les facteurs qui influent sur la recherche ou non de soins pour une personne présentant des symptômes de paludisme. Comment les considérations du genre liées à la perte de productivité / revenu économique peuvent-elles influencer les décisions de recherche de soins ? Les femmes sont-elles en mesure de prendre des décisions de manière indépendante sur le moment d'amener un enfant malade dans un établissement de santé ? Ont-elles besoin de la permission d'un mari ou d'un père ? Si les femmes qui sont en général les principales personnes s'occupant des enfants, ont besoin de la permission des partenaires pour prendre des décisions de soin pour les enfants, cela pourrait retarder la

recherche de soins et le traitement au-delà de la période de fièvre de 48 heures où un traitement approprié devrait être administré.

Globalement, les facteurs liés au genre qui influençant la recherche de soins et le traitement des enfants malades sont ceux auxquels sont confrontées les mères. Les faits montrent qu'à quelques exceptions près, il n'y a pas de différences dans la recherche de soins ou de traitement pour les enfants de moins de 5 ans. Le traitement contre le paludisme approprié doit être administré dans les 48 heures suivant l'apparition de la fièvre. Cependant il faut s'assurer les enfants tout sexe confondu aient accès à un traitement efficace dans ce délai.

Aussi on doit s'assure que toute la population ait accès au traitement et aux méthodes de prévention. Pour ce faire il est intéressant des se poser ces questions :

Les gens ont-ils accès à des services préventifs ?

Est-ce que cela diffère selon le sexe ou d'autres caractéristiques.

Y a-t-il une différence dans la qualité du traitement reçu selon que le patient soit une femme, un homme, ou un migrant

● Une fois que la décision est prise de rechercher des soins, nous devons considérer les obstacles et les facilités pour accéder à des soins de qualité. Y a-t-il des obstacles ou des facilités liées au genre pour accéder aux soins ? Les femmes sont-elles libre d'aller seule dans un établissement de santé pour acquérir les soins de qualité sans être accompagné par les hommes ? surtout que les déplacements qui dépendent des ressources financières sont le plus souvent contrôlés par des hommes.

Les femmes peuvent-elles aller en consultation avec un enfant malade sans accompagnant ? Une femme enceinte peut-elle se rendre dans un établissement de santé sans être accompagnée ? Ou visitez une pharmacie qui vend des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTAs) ? Ou rencontrez un agent de santé communautaire (ASC) non accompagné ? La prise en charge des enfants atteints de paludisme directement par la communauté par le biais de la gestion intégrée des cas pourrait réduire les obstacles liés au genre - les mères n'auront peut-être pas besoin de l'autorisation d'accéder aux soins dispensés par des femmes au niveau communautaire. Toutefois, les agents de santé communautaire hommes peuvent constituer un obstacle si les femmes ne sont pas autorisées à accéder aux soins sans accompagnant qui est généralement le marie.

Quelles sont les politiques de traitement dans votre pays ? Comment cela pourrait-il affecter la capacité de différents groupes de personnes à accéder à un traitement rapide du paludisme ?

Enfin, considérons la qualité des soins fournis. La qualité des soins fournis par un prestataire donné peut-elle varier en fonction de la personne recherchant les soins ? Par exemple, pouvez-vous penser à un contexte dans lequel une femme accompagnée d'un parent de sexe masculin peut obtenir des soins plus rapidement ou de meilleurs soins que si elle était seule ou avec un membre de sa famille de même sexe ? Est-ce que cela diffère selon la source de soins (établissement, pharmacie, agent de santé communautaire) ? Quels sont les obstacles à la prise effective du traitement ?

Données sur le Genre

Il y a plusieurs données sur le genre. Parmi lesquels on peut citer :

- **Les données désagrégées par sexe.** Comme exemples d'indicateurs du paludisme désagrégé par sexe on a :
 - % de personnes déclarant dormir sous et MII, selon le sexe et l'âge
 - Nombre de personnes traitées pour le paludisme, selon le sexe et l'âge
- **Données désagrégées par âge.** Les exemples d'indicateurs du paludisme désagrégé par âge comprennent :
 - % de femmes, par groupe d'âge, ayant pris 3+ doses de SP pour TPIg
- **Données de genre.** Les exemples d'indicateurs de genre du paludisme comprennent :
 - % de personnes exposées au paludisme, selon le sexe
 - % de personnes qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide pendant toute la nuit, selon le sexe
 - % de femmes mariées qui prennent des décisions concernant leurs propres soins de santé
- **Données sur les populations clés / groupes vulnérables.** Les exemples d'indicateurs du paludisme spécifiques aux populations clés comprennent :
 - % de la population nomade qui possède au moins un MII
- **Données qualitatives.** Des exemples d'indicateurs qualitatifs du paludisme comprennent :
 - Perceptions du risque de paludisme chez les jeunes hommes adultes

Sources de Données

Vous avez déjà parcouru le cours sur les sources de données du paludisme dans le module 7. Voici quelques exemples des sources de données

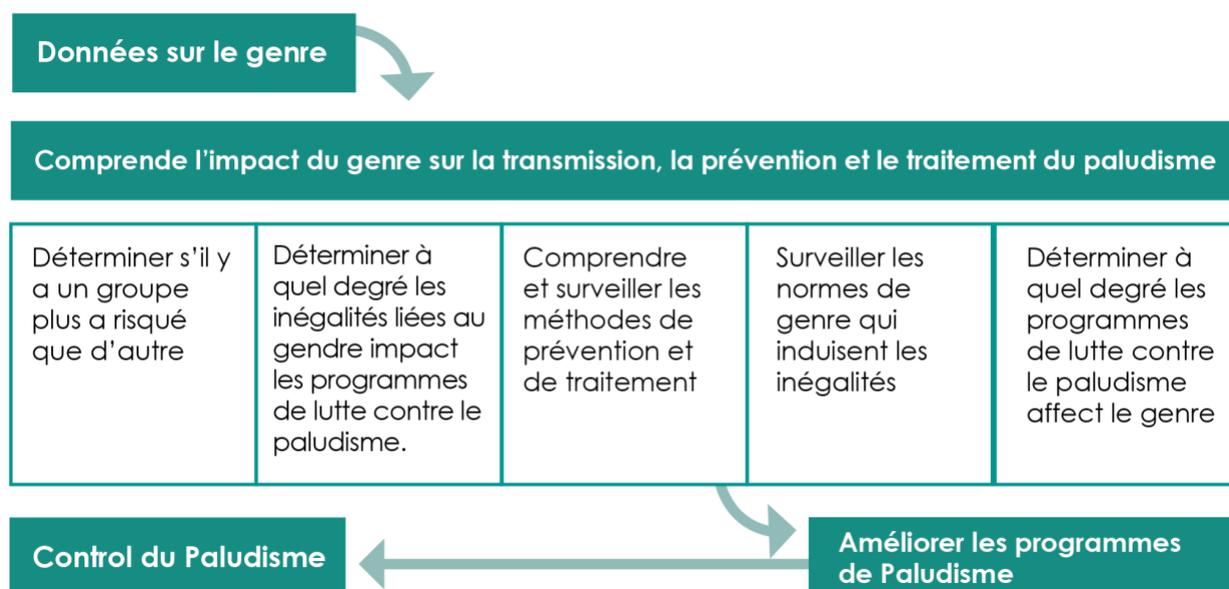
Figure 37. Sources et types de données désagrégées par sexe



Utilisation des Données pour la Prise de Décision

Vous avez maintenant une idée de la manière dont le genre influence le risque de transmission du paludisme, ainsi que de l'accès au traitement ou la prévention contre le paludisme. Ainsi, pour mieux lutter contre le paludisme et continuer à progresser vers l'éradication, le genre doit être pris en compte lors de la conception et de la mise en œuvre des interventions de prévention et de traitement du paludisme. Les données sur le genre peuvent aider les programmes de lutte antipaludique à cibler les populations et les approches d'intervention.

Figure 38. Comment les données de genre soutiennent les programmes de lutte contre le paludisme



Comme toutes sources de données, les données sur le genre devraient être utilisées pour prendre des décisions et orienter la programmation. Voici quelques exemples de questions liées à la question de genre qui méritent d'être posées :

- Les populations cibles sont-elles les bénéficiaires des services de prévention et de traitement ? Qui n'est pas pris en compte ?
- Y a-t-il une transmission du paludisme au niveau communautaire qui n'est pas prise en compte ?
- Les populations cibles ont-elles accès aux services ?
- Est-ce que les différents attributs tels que le sexe, l'âge, nécessitent une approche d'intervention différente pour la prévention ?

Au cas où vous ne disposez pas de données adéquates pour répondre à ces questions, faites une liste des données de genre dont vous avez besoin pour répondre à ces questions clés.

Évaluation du Module 12

Questions

Les bonnes réponses sont fournies sur la page suivante.

1. Le genre peut être défini comme
 - a. La différence biologique entre les femmes et les hommes.
 - b. Un ensemble de rôles, de responsabilités, de droits, de privilèges, d'obligations défini par la culture et associé à la nature du sexe.
 - c. Différences de pouvoir entre hommes et femmes.
 - d. Les caractéristiques d'être femmes ou filles vis-à-vis à celle d'être hommes ou garçons.

2. Le genre influe sur quels aspects de la lutte contre le paludisme :
 - a. Risque de transmission du paludisme
 - b. Qualité des diagnostics
 - c. Utilisation de MII
 - d. a et c
 - e. a, b et c

3. Lequel des exemples suivants est un exemple d'indicateur de genre ?
 - a. Proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre traités par CTA dans les 48 heures.
 - b. Proportion de mères d'enfants de moins de cinq ans qui prennent des décisions de manière indépendante sur le moment de demander des soins pour un enfant malade.
 - c. Pourcentage de mères d'enfants de moins de deux ans ayant reçu au moins deux doses de TPIg
 - d. Pourcentage de ménages ayant au moins deux MII

4. Vrai ou faux : les femmes du village X doivent obtenir la permission de leur mari ou chef de famille pour sortir du village. Il s'agit d'un obstacle lié au genre pour l'accès au traitement du paludisme
 - a. Vrai
 - b. Faux

5. Bien que le genre ne soit pas un facteur majeur dans la transmission du paludisme, les femmes enceintes sont plus susceptibles au paludisme
 - a. Vrai
 - b. Faux

Bonnes Réponses

1. Le genre peut être défini comme
 - b. Un ensemble de rôles, de responsabilités, de droits, de privilèges, d'obligations défini par la culture et associé à la nature du sexe**

2. Le genre influe sur quels aspects de la lutte contre le paludisme :
 - d. a et c**

3. Lequel des exemples suivants est un exemple d'indicateur de genre ?
 - b. Proportion de mères d'enfants de moins de cinq ans qui prennent des décisions de manière indépendante sur le moment de demander des soins pour un enfant malade.**

4. Vrai ou faux : les femmes du village X doivent obtenir la permission de leur mari ou chef de famille pour sortir du village. Il s'agit d'un obstacle lié au genre pour l'accès au traitement du paludisme
 - a. Vrai**

5. Bien que le genre ne soit pas un facteur majeur dans la transmission du paludisme, les femmes enceintes sont plus susceptibles au paludisme
 - a. Vrai**

RÉFÉRENCES

Module 1: Presentation du Paludisme

1. Roll Back Malaria (RBM) Partnership. (2015). *Action and investment to defeat malaria, 2016–2030*. Geneva, Switzerland: RBM Partnership. Retrieved from https://endmalaria.org/sites/default/files/RBM_AIM_Report_0.pdf
2. Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Human factors and malaria. Retrieved from https://www.cdc.gov/malaria/about/biology/human_factors.html
3. World Health Organization (WHO). (2014). *From malaria control to malaria elimination: A manual for elimination scenario planning*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from <https://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241507028/en/>
4. World Health Organization (WHO). (2015). *Global technical strategy for malaria, 2016-2030*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241564991/en/>
5. World Health Organization. (2016). Fact sheet: World malaria report 2016. Retrieved from <http://www.who.int/malaria/media/world-malaria-report-2016/en/>
6. Roll Back Malaria (RBM) Partnership. (2014). *Lessons learned from the fifteen years of responding to malaria globally: A prototype for sustainable development*. Briefing paper. Geneva, Switzerland: RBM Partnership. Retrieved from <https://www.swissmalariagroup.ch/de/assets/uploads/files/SDG%20and%20Malaria%20Briefing%20Paper.pdf>
7. Malaria Atlas Project. (n.d.). Retrieved from <http://www.map.ox.ac.uk/>
8. Roll Back Malaria Partnership. (n.d.). Key facts about malaria. Retrieved from <https://endmalaria.org/about-malaria/key-facts-about-malaria>
9. University of California, San Francisco. (2011, August 30). Progress fighting malaria: A timeline. Retrieved from <https://www.ucsf.edu/news/2011/08/10525/progress-fighting-malaria-timeline>
10. World Health Organization (WHO). (2016). *Malaria policy advisory committee meeting report (September 2016)*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from <https://www.who.int/malaria/publications/atoz/mpac-report-september-2016/en/>
11. World Health Organization (WHO). (2016). *World malaria report 2016*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from <https://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/report/en/>
12. World Health Organization (WHO). (2017). *World malaria report 2017*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from <https://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2017/en/>
13. World Health Organization (WHO). (2018). *World malaria report 2018*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from https://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report/en/
14. World Health Organization (WHO). (2016). *WHO malaria terminology*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from <https://www.who.int/malaria/publications/atoz/malaria-terminology/en/>

Module 2 : Utilisation des Données pour la Prise de Décisions dans les Programmes de Lutte contre le Paludisme

1. MEASURE Evaluation. (n.d.). MEASURE Evaluation website. Retrieved from www.measureevaluation.org
2. World Health Organization (WHO). (2015). *Global technical strategy for malaria, 2016-2030*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241564991/en/>

3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2011.) *Principles of epidemiology in public health practice, third edition: An introduction to applied epidemiology and biostatistics*. Atlanta, GA, USA: CDC. Retrieved from <https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/index.html>
4. MEASURE Evaluation. (n.d.). General M&E concepts. Retrieved from <https://www.measureevaluation.org/resources/training/capacity-building-resources>

Module 3 : Introduction à la Surveillance, Suivi et Évaluation des Programmes de Lutte contre le Paludisme

1. Patton, M.Q. (1997). *Utilization-focused evaluation*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications.
2. World Health Organization. Evidence-informed policy network. Retrieved from <http://www.who.int/evidence/en/#>
3. Clark, J. R. (1995). *Coastal zone management handbook*. Boca Raton, FL, USA: CRC Press.
4. Roll Back Malaria Partnership. (n.d.). Monitoring and evaluation. Retrieved from <https://endmalaria.org/our-work/working-groups/monitoring-and-evaluation>

Module 4 : Comment Développer un Plan de Surveillance, Suivi et Évaluation pour les Programmes de lutte contre le Paludisme

1. Bertrand, J., Magnani, R., & Rutenberg, N. (1996). Evaluating family planning programs with adaptations for reproductive health. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. Retrieved from <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-96-03>
2. Focus on Young Adults. (2000). *Monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs. Tool Series 5*. Washington, DC, USA: Focus on Young Adults. Retrieved from <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/A%20Guide%20to%20Monitoring%20and%20Evaluating%20Adolescent%20Reproductive%20Health%20Programs%20-%20Part%201.pdf>
3. Global AIDS Program. (2003). *Monitoring and evaluation capacity building for program improvement field guide, version 1*. Atlanta, GA, USA: Centers for Disease Control and Prevention.
4. Lusthaus, C., Adrien, M., Anderson, G., & Carden, F. (1999). *Enhancing organizational performance: A toolbox for self-assessment*. Ottawa, Canada: International Development Research Centre. Retrieved from <https://www.idrc.ca/en/book/enhancing-organizational-performance-toolbox-self-assessment>
5. McCoy, K. L., Ngari, P. N., & Krumpel, E. E. (2005). *Building monitoring, evaluation and reporting systems for HIV/AIDS programs*. Washington, DC, USA: Pact.
6. MEASURE Evaluation. (n.d.). General M&E concepts. Retrieved from <https://www.cpc.unc.edu/measure/training/materials>
7. World Health Organization (WHO). (2004). *National AIDS programmes: A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1013-caresupport_en_0.pdf
8. AusAID. (2005). *AusGuideline: The logical framework approach*. Commonwealth of Australia: AusAID. Retrieved from https://www.betterevaluation.org/en/resources/guide/develop_program_theory_logical_framework
9. UNICEF. (1998). *The state of the world's children*. Oxford, UK: Oxford University Press. Retrieved from <https://www.unicef.org/sowc/archive/ENGLISH/The%20State%20of%20the%20World%27s%20Children%201998.pdf>

Module 5 : Les Cadres de SSE pour les Programmes de Lutte contre le Paludisme

1. AusAID. (2005). *AusGuideline: The logical framework approach*. Commonwealth of Australia: AusAID. Retrieved from https://www.betterevaluation.org/en/resources/guide/develop_program_theory/logical_framework
2. Bertrand, J., Magnani, R., & Rutenberg, N. (1996). *Evaluating family planning programs, with adaptations for reproductive health*. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. Retrieved from <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-96-03>
3. Global AIDS Program. (2003). *Monitoring and evaluation capacity building for program improvement field guide, version 1*. Atlanta, GA, USA: Centers for Disease Control and Prevention.
4. Marsh, D. (1999). Results frameworks & performance monitoring. A refresher by David Marsh [PowerPoint presentation].
5. Urban Reproductive Health Initiative. (n.d.). *Measuring success toolkit*. Measurement, Learning and Evaluation Project. Retrieved from <https://www.measureevaluation.org/our-work/capacity-building/measuring-success-toolkit>
6. Tsui, A. (1998). Frameworks [PowerPoint presentation]. Presented at the Summer Institute, University of North Carolina, Chapel Hill.
7. UNICEF. (1998). *The state of the world's children*. Oxford, UK: Oxford University Press. Retrieved from <https://www.unicef.org/sowc/archive/ENGLISH/The%20State%20of%20the%20World%27s%20Children%201998.pdf>

Module 6 : Les Indicateurs pour la SSE des Programmes de Lutte contre le Paludisme

1. Bertrand, J., Magnani, R., & Rutenberg, N. (1996). *Evaluating family planning programs, with adaptations for reproductive health*. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. Retrieved from <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-96-03>
2. Bertrand, J., & Escudero, G. (2002). *Compendium of indicators for evaluating reproductive health programs, vols. 1 and 2*. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. Retrieved from <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-02-06>
3. The Demographic and Health Surveys (DHS) Program. (n.d.). The DHS Program website. Retrieved from <https://dhsprogram.com/>
4. Roll Back Malaria Partnership. (2018). *Household survey indicators for malaria control*. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. Retrieved from https://endmalaria.org/sites/default/files/Household%20Survey%20Indicators%20for%20Malaria%20Control_FINAL.pdf
5. Roll Back Malaria Partnership. (n.d.). Malaria Indicator Surveys. Retrieved from <http://www.malariasurveys.org/>
6. The Demographic and Health Surveys (DHS) Program. (2015, April 14). The DHS Program indicator snapshot [Video file]. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=YfTXcc13GOI>
7. UNICEF. (n.d.). Multiple Indicator Cluster Survey. Retrieved from http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html
8. Roll Back Malaria, MEASURE Evaluation, United States Agency for International Development, UNICEF, World Health Organization, Malaria Control and Elimination Partnership in Africa, & Centers for Disease Control and Prevention. (2009). *Guidelines for core population-based indicators*. Calverton, MD: MEASURE Evaluation. Retrieved from <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/AC719D00E5DE6F5D492575B3001BE5A3-RMB-guideline-20009.pdf>

9. World Health Organization (WHO). (2018). Global reference list of 100 core health indicators. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from <https://www.who.int/healthinfo/indicators/2018/en/>

Module 7 : Les Sources de Données pour la SSE des Programmes sur le Paludisme

1. De Savigny, D., et al. (2017). Integrating community-based verbal autopsy into civil registration and vital statistics (CRVS): System-level considerations. *Global Health Action*, 10(1). Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2017.1272882>
2. INDEPTH Network. (n.d.). INDEPTH Network. Retrieved from <http://www.indepth-network.org/>
3. Mswia, R. (2010). *Measuring malaria-specific mortality: Application of verbal autopsy in PMI countries*. Experts Consultation Meeting on Measuring Malaria-Specific Mortality, April 28–30.
4. Roll Back Malaria. (n.d.). Malaria indicator surveys. Retrieved from <http://malariasurveys.org/>
5. Global Partnership to Roll Back Malaria, Monitoring and Evaluation Reference Group, & World Health Organization (WHO) Roll Back Malaria Dept. (2005). Malaria indicator survey: Basic documentation for survey design and implementation. Roll Back Malaria Monitoring and Evaluation Reference Group. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43324>
6. Sankoh, O., & Byass, P. (2012). The INDEPTH Network: Filling some international gaps in epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 41(3), 579–588. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22798690>
7. World Health Organization (WHO). (2018). Malaria surveillance, monitoring & evaluation: A reference manual. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241565578/en/>
8. Ye, Y., Wamukoya, M., Ezeh, A., et al. (2012). Health and demographic surveillance systems: A step towards full civil registration and vital statistics system in sub-Saharan Africa? *BMC Public Health*, 12, 741. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22950896>
9. Hardee, K. (2008). *Data quality audit tool: Guidelines for implementation*. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. Retrieved from <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-08-29>
10. Biemer, P., Groves, R.M., Mathiowetz, N.A., Lyberg, L., & Sudman, S. (1991). *Measurement errors in surveys*. New York, NY, USA: John Wiley & Sons, Inc.
11. Biemer, P., & Lyberg, L. (2003). *Introduction to survey quality*. New York, NY, USA: John Wiley & Sons, Inc.
12. Fuller, W. (1987). *Measurement error models*. New York, NY, USA: John Wiley & Sons, Inc.
13. Lessler, J. T., & Kalsbeek, W. D. (1992). *Nonsampling errors in surveys*. New York, NY, USA: John Wiley & Sons, Inc.
14. Lyberg, L., Biemer, P., Collins, M., de Leeuw, E., Dippo, C., Schwarz, N., & Trewin, D. (1997). *Survey measurement and process quality*. New York, NY, USA: John Wiley & Sons, Inc.
15. Statistics Canada. (2000). Policy on Informing Users of Data Quality and Methodology, Manual from Statistics Canada. Retrieved from <https://www.statcan.gc.ca/eng/about/policy/info-user>

Module 8 : Analyse, Interprétation et Présentation des Données sur le Paludisme

1. Calvert, W. S., & Ma, J. M. (1996). *Concepts and case studies in data management*. Cary, NC, USA: SAS Institute.
2. Graham, J. W., Hofer, S. M., & Piccinin, A. M. (1994). Analysis with missing data in drug prevention research. In Collins, L.M., & Seitz, L.A. (Eds.), *Advances in data analysis for prevention intervention research* (pp. 13–63). National Institute on Drug Abuse (NIDA) Research Monograph 142. Rockville, MD, USA: NIDA.
3. Hulley, S. B., & Cummings, S. R. (1988). Chapter 15: Planning for data management and analysis. In *Designing clinical research: An epidemiologic approach*. Baltimore, MD, USA: Williams & Wilkins.
4. Martinez, Y. N., McMahan, C. A., Barnwell, G. M., & Wigodsky, H. S. (1984). Ensuring data quality in medical research through an integrated data management system. *Statistics in Medicine*, 3, 101–111. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6463448>
5. Meinert, C. L., & Tonascia, S. (1986). *Clinical trials: Design, conduct, and analysis*. New York, NY, USA: Oxford University Press.
6. Raymond, M. R. (1986). Missing data in evaluation research. *Evaluation & the Health Professions*, 9, 395–420.
7. Liskin, L. (2009, June 17). Dissemination and data use tools [PowerPoint presentation]. MEASURE Demographic and Health Surveys Program.
8. MEASURE Demographic and Health Surveys Program. (2010, June). Module 7: Disseminating and using data for change [PowerPoint presentation]. MEASURE DHS, Kenya.
9. MEASURE Evaluation. (2011). *Tools for data demand and use in the health sector. Stakeholder Engagement Tool*. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. Retrieved from <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-11-46-e>
10. Canadian Health Services Research Foundation. (n.d.). *Developing a dissemination plan*. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation. Retrieved from http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/CommunicationNotes/dissemination_plan_e.pdf

Module 9 : Éthique dans la Surveillance, Suivi et Évaluation des Programmes de Paludisme

1. Bryman, A. (2012). Chapter 6: Ethics and politics in social research. In *Social Research Methods*, 4th Edition. Oxford, UK: Oxford University Press.
2. Alexander, L. (1949). The Nuremberg Code. In Mitscherlich, A, & Mielke F. (Eds.). *Doctors of infamy: The story of the Nazi medical crimes* (pp xxiii-xxv). New York, NY, USA: Schuman.
3. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1978). *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Washington, DC, USA: United States Government Printing Office. Retrieved from https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf
4. National Health Research Ethics Committee of Nigeria. (2007). *National code of health research ethics*. Abuja, Nigeria: Federal Ministry of Health.
5. Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2012). Chapter 6: Negotiating access and research ethics. In *Research Methods for Business Students* (6th Edition). London, UK: Pearson.
6. Thomas, J.C., Reis, A., & Fleming, V., (2019). *Principled Health Information Systems: Ethics Beyond Data Security*. Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-19-360>

7. Wambugu S, Thomas JC, Johnson D, Vilella C. (2019). Digital data ethics in low- and middle-income countries: The road ahead. . Chapel Hill, NC, USA: MEASURE Evaluation, University of North Carolina.
8. World Medical Association. (2013). World Medical Association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194. Retrieved from <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
9. Yakubu, A. A., Hyder, A. A., Ali, J., & Kass, N. (2017). Research ethics committees in Nigeria: A survey of operations, functions, and needs. *IRB: Ethics and Human Research*, 39(3). Retrieved from https://www.thehastingscenter.org/irb_article/research-ethics-committees-nigeria-survey-operations-functions-needs/

Module 10 : Leadership dans la SSE des Programmes de Paludisme

1. MEASURE Evaluation. (n.d.). MEASURE Evaluation website. Retrieved from www.measureevaluation.org
2. World Health Organization (WHO). (2015). *Global technical strategy for malaria, 2016-2030*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from http://www.who.int/malaria/areas/global_technical_strategy/en/
3. Centers for Disease Prevention and Control (CDC). (2012). *Principles of epidemiology in public health practice. Third edition. An introduction to applied epidemiology and biostatistics*. Atlanta, GA, USA: CDC. Retrieved from <https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/index.html>
4. MEASURE Evaluation. (n.d.) General M&E concepts. Retrieved from <https://www.measureevaluation.org/resources/training/capacity-building-resources>
5. Patton, M. Q. (1997). *Utilization-focused evaluation*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications.
6. World Health Organization. (n.d.). Evidence-informed policy network. Retrieved from <http://www.who.int/evidence/en/#>

Module 11 : La Surveillance des Programmes de Paludisme

1. World Health Organization (WHO). (2010). *Protocol for assessing national surveillance and response capacities for the International Health Regulations (2005): A guide for assessment teams*. International Health Regulations (2005). Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from http://www.who.int/ihr/publications/who_hse_ihr_201007_en.pdf
2. World Health Organization (WHO). (2018). *Malaria surveillance, monitoring, & evaluation: A reference manual*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241565578/en/>
3. World Health Organization (WHO). (2012). *Disease surveillance for malaria control: Operational manual*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241503341/en/>
4. World Health Organization (WHO). (2012). *Disease surveillance for malaria elimination: An operational manual*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44852/9789241503334_eng.pdf?sequence=1
5. World Health Organization. (2016, January). Ebola outbreak 2014–present: How the outbreak and WHO’s response unfolded. Retrieved from <http://www.who.int/csr/disease/ebola/response/phases/en/>

6. World Health Organization (WHO). (2015). *Global technical strategy for malaria, 2016-2030*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from http://www.who.int/malaria/areas/global_technical_strategy/en/
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2011.) *Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition: An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics*. Atlanta, GA, USA: CDC. Retrieved from <https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/index.html>
8. Githinji, S., Kigen, S., Memusi, D., Nyandigisi, A., Wamari, A., Muturi, A., . . . Zurovac, D. (2014). Using mobile phone text messaging for malaria surveillance in rural Kenya. *Malaria Journal*, 13:107. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24642130>
9. Hamainza, B., Moonga, H., Sikaala, C., Kamuliwo, M., Bennett, A., Eisele, T., . . . Killeen, G (2014). Monitoring, characterization and control of chronic, symptomatic malaria infections in rural Zambia through monthly household visits by paid community health workers. *Malaria Journal*, 13:128. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24678631>
10. World Health Organization (WHO). (2012). *T3: Test, treat, track: Scaling up diagnostic testing, treatment, and surveillance for malaria*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from http://www.who.int/malaria/publications/atoz/test_treat_track_brochure.pdf?ua=1
11. World Health Organization (WHO). (2018). *World malaria report 2018*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from <https://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2018/en/>
12. World Health Organization (WHO). (2006). *Communicable disease surveillance and response systems. Guide to monitoring and evaluation*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO_CDS_EPR_LYO_2006_2.pdf
13. World Health Organization (WHO). (2001). *Protocol for the assessment of national communicable disease surveillance and response systems: Guidelines for assessment teams*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/whocdscsrstr20012.pdf>
14. World Health Organization (WHO), Epidemic and Pandemic Alert and Response. (2006). *Setting priorities in communicable disease surveillance*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO_CDS_EPR_LYO_2006_3.pdf
15. World Health Organization (WHO). (2013). Geneva, Switzerland *IHR core capacity monitoring framework: Checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in states parties.*: WHO. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf?ua=1
16. World Health Organization (WHO) & Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). *Technical guidelines for integrated disease surveillance and response (IDSR) in the African region, 2nd edition*. Brazzaville, Republic of Congo: WHO; Atlanta, GA, USA: CDC. Retrieved from http://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/idsr/pdf/technicalguidelines/idsr-technical-guidelines-2nd-edition_2010_english.pdf
17. World Health Organization (WHO), Western Pacific Region. (2008). *A guide to establishing event-based surveillance*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/documents/docs/eventbasedsurv.pdf
18. World Health Organization (WHO). (2005). *International health regulations (2005), 2nd edition*. Geneva, Switzerland: WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410_eng.pdf
19. Ndiaye O., Le Hesran, J-Y., Etard, J-F., Diallo, A., Simondon, F., Ward, M. N., & Robert, V. (2001). Variations climatiques et mortalité attribué au paludisme dans la zone de Niakhar, Senegal, de 1984-1996. Retrieved from https://www.jle.com/fr/revues/san/e-docs/variations_climatiques_et_mortalite_attribuee_au_paludisme_dans_la_zone_de_niakhar_senegal_de_1984_a_1996_220108/article.phtml

20. World Health Organization (WHO). (2014). *Early detection, assessment and response to acute public health events: Implementation of early warning and response with a focus on event-based surveillance*. Interim version. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112667/1/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4_eng.pdf

Module 12 : Le Genre dans la Surveillance, Suivi et Évaluation des Programmes de Paludisme

1. Bloom, S.S., & Negroustoeva, S. (2013). *Compendium of gender equality and HIV indicators*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. Retrieved from <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-13-82>
2. Garley, A., Ivanovich, E., Eckert E., Negroustoueva, S., & Ye, Yazoume. (2013). Gender differences in the use of insecticide-treated nets after a universal free distribution campaign in Kano State, Nigeria: Post-campaign survey results. *Malaria Journal*, 12, 119.
3. MEASURE Evaluation. (2016). *Guidelines for integrating gender into an Me&E framework and system assessment*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. Retrieved from <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-16-128-en>
4. Bloom, S.S., & Arnoff, E. (2012). *Gender and health data and statistics: An annotated resource guide*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. Retrieved from <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-12-52>
5. MEASURE Evaluation. (2017). *The importance of gender in malaria data*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, University of North Carolina. Retrieved from <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/fs-17-205d>
6. Interagency Gender Working Group. (n.d.). Training modules. Retrieved from <https://www.igwg.org/training/>
7. Roll Back Malaria Partnership. (2014). *Malaria behavior change communication (BCC) indicator reference guide*. Geneva, Switzerland: RBM Partnership. Retrieved from <http://www.vector-works.org/wp-content/uploads/Malaria-BCC-Indicators-Reference-Guide.pdf>
8. Rowe, A.K., Onikpo, F., Lama, M., Osterholt, D.M., & Deming, M.S. (2011). Impact of a malaria-control project in Benin that included the Integrated Management of Childhood Illness Strategy. *American Journal of Public Health*, 101(12), 2333-41. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21566036>

MEASURE Evaluation

University of North Carolina at Chapel Hill
123 West Franklin Street, Suite 330
Chapel Hill, North Carolina 27516 USA
Phone: +1-919-445-9359
measure@unc.edu

www.measureevaluation.org

Cette publication a été produite avec l'appui de l'Initiative du Président contre le paludisme (PMI), par l'intermédiaire de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), dans le cadre de l'Accord coopératif MEASURE Evaluation AID-OAA-L-14-00004. Cet accord est mis en oeuvre par le Carolina Population Center de l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, avec la collaboration d'ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health, Palladium, et l'Université Tulane. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas forcément les vues de la PMI, de l'USAID, ou du gouvernement des Etats-Unis. MS-20-184_FR

ISBN: 978-1-64232-226-2



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



U.S. President's Malaria Initiative


MEASURE
Evaluation