

**Gestion des Programmes LMD/IRA
Un Cours de Formation**

EVALUATION



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

**DIVISION DE LA SANTE ET DU
DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT**

1996

DISTR.: LIMITEE
WHO/CDR/95/12.D
ORIGINAL: ANGLAIS

Gestion des Programmes LMD/IRA

Un Cours de Formation

EVALUATION

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

DIVISION DE LA SANTE ET DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (CHD)

1996



A l'origine, ce document a été préparé en anglais par l'ancienne Division de la Lutte contre les Maladies diarrhéiques et les Infections respiratoires aiguës (CDR). Celle-ci se nomme actuellement la Division de la Santé et du Développement de l'Enfant.

© Organisation Mondiale de la Santé 1996

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Table des Matières

	Page
Introduction	1
Organigramme et objectif de formation	3
1. Décider des activités à évaluer	4
Exercice A	10
2. Déterminer les données nécessaires	11
Exercice B	13
3. Déterminer les sources de données	16
Exercice C	19
4. Analyser les résultats	20
5. Interpréter les résultats de l'évaluation émanant de toutes les sources	20
6. Décrire l'état actuel des indicateurs LMD/IRA	25
Exercice D	31
7. Assurer une rétro-information et résoudre les problèmes et utiliser les résultats de l'évaluation pour réviser les plans ou en établir de nouveaux	32
Rappel	33
Annexes	
A : Indicateurs et sources de données pour l'évaluation de la prise en charge standard des cas	36
B : Tableau récapitulatif des indicateurs d'un programme national LMD/IRA	41

The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that every entry, no matter how small, should be recorded to ensure the integrity of the financial data. This includes not only sales and purchases but also expenses and income. The document provides a detailed list of items that should be tracked, such as inventory levels, customer orders, and supplier invoices. It also outlines the procedures for recording these transactions, including the use of specific forms and the assignment of responsibilities to different staff members.

The second part of the document focuses on the analysis of the recorded data. It describes various methods for identifying trends and anomalies in the financial performance. This includes comparing current data with historical trends, as well as benchmarking against industry standards. The document also discusses the importance of regular reviews and audits to ensure that the records are accurate and up-to-date. It provides a step-by-step guide for conducting these reviews, from the initial data collection to the final reporting and analysis.

The final part of the document discusses the implications of the financial data for the overall business strategy. It explains how the recorded information can be used to make informed decisions about resource allocation, pricing, and marketing. The document also highlights the importance of transparency and communication in the financial reporting process, ensuring that all stakeholders have access to the necessary information to make their own assessments.

INTRODUCTION

Pendant ce cours, nous avons comparé la gestion d'un programme LMD/IRA au déroulement d'un voyage. Nous avons comparé la définition d'objectifs spécifiques et d'objectifs secondaires, ainsi que la planification des activités, à la préparation détaillée d'un voyage. Nous avons comparé la surveillance continue des activités à celle des jauges d'huile et d'essence ou à la reconfirmation de réservations d'avion, au respect des contraintes budgétaires, etc., tout au long du voyage. Nous pouvons comparer l'évaluation à la distance parcourue en déplacement et aux modifications éventuelles de vos plans de voyage à envisager pour les améliorer. On pourra par exemple décider de visiter moins de villes pour se consacrer davantage à chacune d'elles.

Tout comme la surveillance continue, l'évaluation vous permet de suivre exactement le déroulement d'un programme. Cela dit, l'évaluation est généralement moins fréquente que la surveillance continue, et il ne s'agit pas d'un simple contrôle des activités. Dans ce cours, le terme "évaluation" signifie l'appréciation périodique de l'avancement du programme vers ses objectifs secondaires, spécifiques et généraux.

L'évaluation peut permettre de répondre à des questions telles que :

LMD

- Est-ce que l'accès aux SRO augmente ?
- Est-ce que les mères augmentent la quantité de liquides donnés aux enfants souffrant de diarrhée ?
- Est-ce que le traitement de la diarrhée par SRO augmente ?
- Est-ce que la prise de conscience du moment où il faut consulter pour une diarrhée s'améliore ?
- Est-ce que les mères alimentent leurs enfants souffrant de diarrhée ?
- Est-ce que les enfants souffrent moins souvent de diarrhée ?
- Y a-t-il moins de cas de déshydratation grave arrivant dans les établissements de santé ?
- Est-ce que les établissements administrent une thérapie de réhydratation (orale et IV) correcte ?
- Est-ce que les soins hospitaliers de cas graves de déshydratation s'améliorent ?
- Est-ce que les établissements traitent correctement les cas de dysenterie ?
- Est-ce que les messages sur la thérapie à domicile sont reçus dans les foyers ?

IRA

- L'accès à la prise en charge standard des cas de pneumonie s'améliore-t-il ?
- L'accès à la prise en charge standard des cas de pneumonie grave s'améliore-t-il ?
- Le nombre de cas de pneumonie bénéficiant de la prise en charge standard des cas augmente-t-il ?
- Le nombre de cas de pneumonie grave bénéficiant de la prise en charge standard à l'hôpital augmente-t-il ?
- Le nombre de mères sachant à quel moment présenter un enfant à un agent de santé pour une IRA augmente-t-il ?
- Les mères présentent-elles plus rapidement les enfants qui souffrent d'une pneumonie pour les faire soigner ?
- Les établissements de santé ont-ils moins recours aux antibiotiques pour soigner la toux et le rhume ?
- Le nombre d'agents de santé communautaires qui conseillent les mères sur les soins à domicile augmente-t-il ?

L'évaluation doit également aider un gestionnaire à comprendre pourquoi un programme est arrivé à une étape donnée. Certains types d'activités ont-ils eu un plus grand impact que d'autres ? Quels genres de problèmes se sont posés ? Comment ces problèmes pourraient-ils être résolus ou évités à l'avenir ?

En résumé, l'évaluation d'un programme LMD/IRA a pour but de :

- Savoir avec exactitude où en est le programme afin de planifier avec plus de précision sa destination et les moyens d'y arriver;
- Détecter et résoudre les problèmes.

Le fait de commenter les résultats de l'évaluation permettra aux personnels du programme de mieux comprendre l'importance des activités qu'ils mettent en oeuvre. Les progrès auxquels ils auront contribué les encourageront. S'ils sont informés de certains problèmes, ils pourront éventuellement proposer des moyens de les résoudre.

Il est également important de comparer certains résultats de l'évaluation avec les objectifs spécifiques et les objectifs secondaires prédéterminés. Cette comparaison permettra de savoir si l'on a ou non répondu aux attentes et de comprendre pourquoi. Toutefois, l'évaluation a pour but de suivre le mouvement autant en amont qu'en aval, et d'utiliser les résultats obtenus pour la planification.

ORGANIGRAMME ET OBJECTIF DE FORMATION

Les étapes de l'évaluation présentées dans ce module sont les suivantes:

Planification de l'évaluation

Planification de la surveillance continue et de l'évaluation (Etape 5.6)

Interprétation des résultats

Interpréter les résultats de l'évaluation qui proviennent de toutes les sources (Etape 10.8)

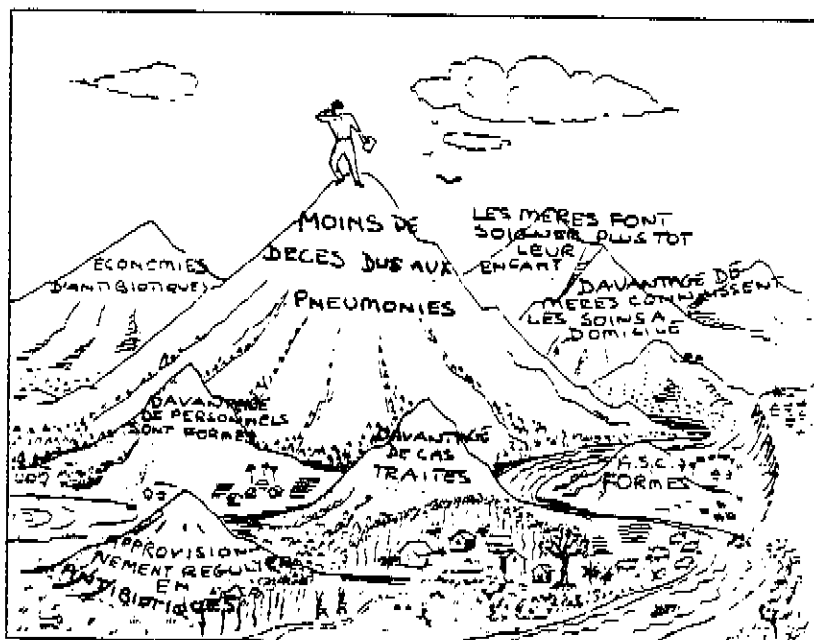
Décrire l'état actuel des indicateurs LMD/IRA (Etape 10.9)

Utiliser les résultats de l'évaluation pour réviser les plans ou en faire de nouveaux (Etape 10.10)

Assurer une rétro-information et résoudre les problèmes (Etape 10.11)

Les informations, les exemples et les exercices pratiques contenus dans ce module permettront de se préparer à mettre en oeuvre les étapes de cet organigramme dans un pays donné.

Remarque que les étapes de l'organigramme relatives à la collecte et à l'évaluation de données provenant de sources précises ne sont pas abordées dans le présent module. Ce module expose les concepts et les processus fondamentaux intervenant dans l'évaluation d'un programme LMD/IRA; en d'autres termes, il offre une image globale de l'évaluation. Les méthodes d'évaluation spécifiques sont exposées dans d'autres documents et ouvrages de formation OMS/LMD/IRA.



1. DECIDER DES ACTIVITES A EVALUER

On a dit que l'évaluation signifiait une appréciation périodique de l'état d'avancement du programme LMD/IRA afin de détecter et de résoudre les problèmes, et de planifier les actions ultérieures. A cet effet, on peut évaluer le succès des objectifs spécifiques et des objectifs secondaires : le programme se dirige-t-il comme prévu, selon la voie tracée, vers sa destination ?

Toutefois, il ne faut pas se borner à évaluer dans quelle mesure les objectifs spécifiques et les objectifs secondaires ont été atteints. L'appréciation d'autres indicateurs, tels que les économies réalisées en matière d'antibiotiques dans les centres de santé, permettra également de déterminer les raisons des succès remportés ou de planifier de nouveaux et de meilleurs moyens de parvenir à la destination finale du programme.

EXEMPLES

LMD

Supposons que vous ayez fixé l'objectif secondaire suivant :

"En 1996, 20% des cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans seront traités par les SRO dans le pays."

A la fin de 1996, vous souhaitez vérifier le pourcentage d'enfants traités par les SRO pendant l'année. Néanmoins, pour mieux comprendre comment les cas sont traités, vous voudrez également connaître le pourcentage d'enfants traités par TRO.

Vous découvrirez peut-être que c'est le moment de mettre l'accent sur la thérapie à domicile, car certains cas sont traités par les SRO, mais la plupart ne reçoivent aucun traitement, même à domicile.

Il est nécessaire de comprendre qu'un seul indicateur d'évaluation ne révèle pas tout ce qui est important. Par exemple, l'évaluation peut indiquer que les établissements de santé traitent correctement les cas de déshydratation. Néanmoins, vous ne serez sûr d'une bonne prise en charge des cas que si l'évaluation indique également que les mères reçoivent de bons conseils en matière de thérapie à domicile.

IRA

Supposons que l'on ait fixé l'objectif secondaire suivant :

"En 1996, 40% des cas de pneumonie chez les moins de 5 ans bénéficieront d'antibiotiques standard ou de soins hospitaliers".

Fin 1996, on voudra déterminer le pourcentage de cas de pneumonie infanto-juvénile qui auront bénéficié de la prise en charge standard pendant l'année. L'évaluation de cet indicateur peut révéler que les établissements de santé traitent correctement les cas de pneumonie. Toutefois, il faut savoir que l'évaluation d'un seul indicateur ne fera pas apparaître tout ce qui est important. Afin de mieux comprendre la façon dont sont traités les cas, on voudra peut-être aussi connaître le pourcentage d'enfants à qui l'on administre des antibiotiques sans indication valable. On pourra alors décider que le moment est venu, dans le cadre du programme, de mettre davantage la priorité sur la limitation de l'emploi des antibiotiques aux seuls malades qui en ont besoin.

. . .

Un "indicateur" laisse entrevoir ou signale le degré d'avancement d'un programme ou le niveau d'un certain état de santé de la population. Un indicateur peut être exprimé sous forme de chiffre, de proportion, de pourcentage ou de taux. Par exemple.

pour le programme LMD - le nombre de cas de déshydratation grave qui arrivent aux établissements de santé peut être l'indicateur d'une diminution des cas de déshydratation grave au niveau national (si le lieu de traitement habituel n'a pas changé);

pour le programme IRA - le nombre de cas de pneumonie grave qui se présentent à un établissement de santé peut être un indicateur d'une diminution éventuelle des cas de pneumonie grave qui se déclarent dans le pays (à condition que les populations ne changent pas de lieu de consultation en cas de pneumonie grave).

Un indicateur ne révélera peut-être pas tout ce qui se passe mais permettra de se faire une idée. Il est souvent nécessaire d'examiner plusieurs indicateurs pour tout comprendre.

Aux pages 6 et 9 se trouve un tableau des indicateurs qui peuvent servir à l'évaluation de la stratégie de prise en charge standard des cas. Les indicateurs apparaissent aux étapes auxquelles on les estimera en premier; mais il faudra aussi les estimer aux étapes ultérieures.

Quatorze indicateurs recommandés pour LMD (en italique) et quatorze indicateurs recommandés pour IRA (en italique), correspondant chacun à une étape, devraient être évalués dans le cadre de chaque programme LMD/IRA. En outre, on pourra choisir d'évaluer tout autre indicateur du tableau, ou n'importe quel autre indicateur. Choisir des activités pour lesquelles on a déterminé un objectif secondaire ou un objectif spécifique. En choisir d'autres pour vous aider à connaître la situation actuelle quant à l'accès à la prise en charge standard des cas de diarrhée et d'IRA et au recours à certaines pratiques (par exemple, les mères reconnaissent les symptômes de pneumonie et présentent l'enfant à l'agent de santé) : vous serez mieux à même de dire plus tard si ces pratiques s'améliorent tout au long du programme.

INDICATEURS POSSIBLES D'ÉVALUATION DE LA

(A mesurer au niveau de l'étape)

Étape et priorité du programme	Accès à la prise en charge standard des cas		
	Disponibilité de solution	Formation/Connaissance	Accès à la prise en charge des cas/TRO
1. Prise en charge standard des cas dans les principaux établissements de santé publics et privés	Nombre de grands établissements de santé offrant régulièrement des SRO	Proportion de personnel des grands établissements de santé formé à la prise en charge standard des cas*	
2. Prise en charge standard des cas dans tous les établissements de santé publics et privés (meilleur accès)	Proportion d'établissements de santé offrant régulièrement des SRO Disponibilité des ingrédients pour les préparations liquides maisons	<i>Agents de santé formés à la prise en charge des cas*</i> <i>Enfants dont les mères ont été bien conseillées sur la prise en charge des cas</i> <i>Capacité de prise en charge des cas de diarrhée par les établissements de santé</i>	<i>Etablissements de santé dotés de personnel formé</i>
3. Promotion des services (meilleure utilisation de la prise en charge effective des cas dans tous les établissements)		Nombre de personnes ayant reçu un message encourageant l'utilisation d'établissements de santé pour le traitement de la diarrhée	
4. Autres fournisseurs de SRO tels que pharmaciens, ASC (meilleur accès par le biais d'autres prestataires)	Proportion de pharmacies (ou d'autres dispensateurs disposant en permanence de stock de SRO)	Proportion de différents types de fournisseurs formés pour fournir des SRO	Nombre total de types différents de fournisseurs de SRO <i>Accès aux SRO</i>
5. Thérapie à domicile (meilleure connaissance et utilisation de la thérapie à domicile)		<i>Connaissances maternelles des trois règles de la prise en charge des cas à domicile</i> Nombre de personnes exposées aux messages sur la prise en charge effective des cas à domicile	

* Évaluation correcte, thérapie de réhydratation correcte, poursuite de l'allaitement au sein des nourrissons, alimentation des enfants gardés plus de 4 à 6 heures, utilisation correcte des antibiotiques et conseils corrects sur la poursuite de l'alimentation, la TRO continue à domicile et sur le moment où il convient de consulter.

PRISE EN CHARGE DES CAS
indiquée ultérieurement)

Utilisation de la prise en charge standard des cas	Incidence
	Déshydratation/ Mortalité
<p>Proportion de cas de diarrhée examinés dans les principaux établissements de santé et qui:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sont correctement évalués b) sont correctement réhydratés c) reçoivent de bons conseils sur la prise en charge des cas à domicile <p>Proportion de cas de dysentérie traités dans les principaux établissements de santé et qui reçoivent les antibiotiques appropriés</p>	<p>Taux d'admission</p> <p>Taux de létalité dans les principaux établissements de santé</p>
<p><i>Proportion de cas de diarrhée dans des établissements de santé qui:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>sont correctement examinés</i> <i>sont correctement réhydratés (ou IV)</i> <i>sont correctement pris en charge dans les établissements de santé</i> <p><i>Proportion de cas de dysenterie recevant les antibiotiques appropriés</i></p>	<p>Proportion de cas renvoyés pour traitement vers un grand établissement de santé</p> <p>Taux de mortalité associé à la diarrhée</p>
<p>Proportion de tous les cas de diarrhée recevant des SRO fournis par différents types de prestataires</p>	<p>Nombre et proportion de cas, examinés dans des établissements de santé, qui sont gravement déshydratés à l'arrivée</p>
<p><i>TRO (apport liquidien accru) plus poursuite de l'alimentation</i></p> <p><i>Utilisation de la TRO (apport liquidien accru)</i></p> <p><i>Poursuite de l'alimentation</i></p> <p><i>Allaitement maternel exclusif des enfants de moins de quatre mois</i></p>	

INDICATEURS POSSIBLES POUR L'ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE STANDARD DES CAS D'IRA
(à mesurer à chaque étape indiquée et ultérieurement)

Étapes et priorités du programme	Disponibilité en médicaments et en matériel	Formation/Connaissance	Accès à la prise en charge standard des cas	Utilisation des méthodes de prise en charge standard des cas	Impact
1. Prise en charge standard des cas d'IRA dans les établissements de santé ¹	Proportion d'établissements de santé régulièrement approvisionnés en antibiotiques standard pour le traitement de la pneumonie	<p>Proportion d'établissements de santé disposant d'au moins un membre du personnel formé à la prise en charge standard des cas d'IRA</p> <p>Proportion de personnels des établissements de santé formés à la prise en charge standard des cas d'IRA</p> <p>Proportion de personnes s'occupant d'enfants de moins de 5 ans qui savent à quel moment les amener consulter un agent de santé pour une IRA.</p>	<p>Proportion d'établissements de santé en mesure d'assurer la prise en charge standard des cas d'IRA</p> <p>Proportion de la population ayant accès à la prise en charge standard des cas d'IRA</p>	<p>Proportion de malades souffrant d'IRA qui ont été présentés à l'établissement de santé et correctement examinés</p> <p>Proportion de cas de pneumonie présentés à l'établissement de santé, qui bénéficient de la prise en charge standard des cas de pneumonie</p> <p>Proportion des cas d'IRA présentés à l'établissement de santé, à qui l'on administre des antibiotiques sans indication valable</p> <p>Proportion des cas de pneumonie infantile-juvénile qui bénéficient d'antibiotiques standard ou de soins hospitaliers pour une pneumonie grave</p> <p>Proportion de personnes s'occupant de l'enfant qui l'ont à juste titre présenté en consultation pour un épisode récent d'IRA lorsqu'il était justiciable d'un traitement</p> <p>Proportion de nourrissons de moins de 2 mois ayant une pneumonie grave ou une maladie très grave présentés à l'établissement de soins et qui bénéficient de la prise en charge standard</p>	<p>Taux d'hospitalisation</p> <p>Taux de mortalité par pneumonie</p> <p>Taux de mortalité imputable à la pneumonie chez les nourrissons de moins de deux mois</p>
Prise en charge standard des cas de pneumonie grave à l'hôpital?	<p>Proportion d'hôpitaux régulièrement approvisionnés en antibiotiques appropriés pour les cas de pneumonie grave</p> <p>Proportion d'hôpitaux approvisionnés en oxygène et en matériel d'oxygénothérapie</p>	<p>Proportion d'hôpitaux disposant d'au moins un membre du personnel formé à la prise en charge standard des cas de pneumonie grave et de maladie très grave</p> <p>Proportion de personnels des hôpitaux formés à la prise en charge standard des cas de pneumonie grave et de maladie très grave</p>	<p>Proportion d'hôpitaux en mesure d'assurer la prise en charge standard des cas de pneumonie grave et de maladie très grave</p> <p>Proportion de la population ayant accès à la prise en charge standard des cas de pneumonie grave et de maladie très grave à l'hôpital</p>	<p>Proportion de maladies hospitalisées ayant une pneumonie grave qui bénéficient de la prise en charge standard</p>	<p>Taux de létalité des cas de pneumonie grave à l'hôpital</p> <p>Taux de létalité des cas de pneumonie très grave à l'hôpital</p>

Accès à la prise en charge standard des cas					
Étapes et priorités du programme	Disponibilité en médicaments et en matériels	Formation/Connaissances	Accès à la prise en charge standard des cas d'IRA	Utilisation des méthodes de prise en charge standard des médicaments	Impact
2. Prise en charge standard des cas d'IRA par les agents de santé communautaires	Proportion d'agents de santé communautaires responsables du traitement des IRA, qui sont régulièrement approvisionnés en médicaments standard et en matériels (par exemple, minuteurs)	Proportion d'agents de santé communautaires responsables du traitement des IRA et formés à la prise en charge standard des cas d'IRA	Proportion de la population qui a accès à la prise en charge standard des cas d'IRA	Proportion des cas d'IRA présentés à un agent de santé communautaire, qui ont été correctement examinés <i>Proportion de cas de pneumonie présentés à un agent de santé communautaire, qui sont traités (ou hospitalisés au besoin) - reçoivent des conseils sur les soins à domicile</i> Proportion des cas d'IRA présentés à un agent de santé communautaire, à qui l'on administre des antibiotiques sans indication valable	
3. Soins appropriés donnés à domicile à un enfant souffrant d'IRA		Nombre ou proportion de personnes s'occupant d'un enfant exposées aux messages sur les soins à domicile			
4. Prise en charge spécialisée des cas d'infection respiratoire n'ayant pas réagi à la prise en charge standard des cas	Proportion d'hôpitaux de recours approvisionnés en médicaments et en matériels nécessaires au diagnostic et au traitement spécialisés des cas d'IRA	Proportion d'hôpitaux de recours disposant d'au moins un médecin formé au diagnostic et au traitement spécialisés des cas d'IRA Proportion de médecins des hôpitaux de recours responsables des cas d'IRA chez l'enfant et formés au diagnostic et au traitement spécialisés des cas d'IRA	Proportion de la population ayant accès au diagnostic et au traitement spécialisés des cas d'IRA	Proportion, dans les hôpitaux de recours, des cas n'ayant pas réagi à la prise en charge standard, qui bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement spécialisés	Taux de létalité des cas bénéficiant d'un diagnostic et d'un traitement spécialisés

¹ Les établissements de santé recouvrent les établissements au premier niveau, les centres de santé, les dispensaires, les postes de santé ruraux, les officines et les consultations externes des hôpitaux

² La prise en charge standard des cas de pneumonie grave et de maladie très grave à l'hôpital inclut le traitement convenable des nourrissons de moins de 2 mois et des enfants âgés de 2 mois à 5 ans



EXERCICE A

Citer trois indicateurs qu'il serait utile et matériellement possible d'estimer dans votre pays. Se tenir prêt à motiver ce choix.

LMD

IRA

Une fois terminé cet exercice, en parler avec un animateur.

2. DETERMINER LES DONNEES NECESSAIRES

Une fois choisis les indicateurs à estimer, il faut déterminer les données spécifiques nécessaires.

LMD

Par exemple, si vous prévoyez d'examiner la proportion de cas de dysentérie aiguë traités dans des établissements de santé par des antibiotiques appropriés, il vous sera nécessaire de connaître :

- le nombre de cas de dysentérie aiguë traités dans des établissements de santé pendant une certaine période de temps (pour le dénominateur de la fraction), et
- le nombre de cas ayant reçu des antibiotiques (pour le numérateur).

Il faut également décider du moment où obtenir les données et des régions géographiques présentant un intérêt :

- Si un objectif spécifique et des objectifs secondaires ont été déterminés pour une époque et un lieu particulier, prévoyez de les évaluer comme prévu.
- Les modifications d'accès et d'utilisation de la TRO peuvent se mesurer tous les 1 à 2 ans. Généralement, il n'est pas valable de procéder à une évaluation de la réduction de la mortalité par diarrhée plus souvent que tous les 3 à 5 ans, étant donné qu'aucun changement notable ne peut être constaté avant 3 à 5 ans.
- Si vous voulez prouver une chute ou une augmentation de taux, il vous faudra procéder à l'évaluation d'un même taux dans la même zone avant et après un laps de temps approprié.
- La fréquence de certains types d'évaluation peut être fonction de la difficulté des méthodes de recueil de données. Par exemple : il serait plus pratique d'examiner les données transmises plus souvent que de faire des enquêtes auprès des foyers.

IRA

Par exemple, si l'on prévoit d'examiner la proportion de cas de pneumonie qui ont bénéficié de la prise en charge standard des cas dans les établissements de santé, il sera nécessaire de connaître :

- le nombre de cas de pneumonie qui ont été présentés à l'établissement de santé pendant une période donnée (dénominateur de la proportion) et,
- le nombre de cas qui ont bénéficié de la prise en charge standard (c'est-à-dire qui ont été correctement examinés, traités par antibiothérapie standard et conseillés sur les soins à domicile par les personnels des établissements) (numérateur).

Il faut également savoir à quel moment se procurer les données et choisir les régions qui présentent un intérêt :

- Si un objectif spécifique et des objectifs secondaires ont été déterminés pour des périodes et des lieux donnés, prévoir de les évaluer en conséquence.
- Les modifications portant sur l'accès aux antibiotiques et sur leur utilisation peuvent être observées chaque année ou tous les deux ans. Généralement, on ne peut pas envisager de procéder à une évaluation de la réduction de la mortalité imputable à la pneumonie plus souvent que tous les trois à cinq ans, aucun changement notable ne pouvant s'observer sur un laps de temps plus court.
- Pour montrer qu'un taux a diminué ou augmenté, il faut évaluer le même taux dans la même région avant et après un laps de temps convenable.
- Certains modes d'évaluation seront plus fréquents que d'autres en fonction du degré de difficulté que présente la collecte des données. Ainsi, il est plus aisé d'examiner des données enregistrées que de faire des enquêtes auprès des ménages.





EXERCICE B

Reportez-vous aux tableaux des pages 14 et 15. La première colonne présente des indicateurs choisis dans les tableaux des pages 6 à 9. Compléter les colonnes vierges en indiquant les données relatives au numérateur et au dénominateur afin de pouvoir estimer les indicateurs.

DONNEES NECESSAIRES POUR LES INDICATEURS LMD CHOISIS

Indicateur	Donnée du Dénominateur	Donnée du Numérateur
Proportion de pharmaciens disposant de stock de SRO en permanence		
Proportion de personnel des établissements de santé formé à la prise en charge standard des cas		
Taux d'accès aux SRO (proportion de la population régulièrement approvisionnée en SRO disponibles dans leur communauté)		
Taux d'utilisation de la TRO (apport liquidien accru) (proportion de tous les cas de diarrhée de moins de 5 ans qui bénéficient actuellement d'un apport accru de liquides)		
Taux de létalité par diarrhée des moins de 5 ans dans les grands établissements de santé		

DONNEES NECESSAIRES POUR LES INDICATEURS IRA CHOISIS

Indicateur	Donnée du Dénominateur	Donnée du Numérateur
Proportion d'établissements de santé régulièrement approvisionnés en antibiotiques standard		
Proportion de personnels des établissements de santé formés à la prise en charge standard des cas d'IRA		
Proportion de la population ayant accès à la prise en charge standard des cas d'IRA (taux d'accès à la prise en charge)		
Proportion des cas de pneumonie d'enfants de moins de 5 ans qui bénéficient d'antibiotiques standard ou de soins hospitaliers		
Taux de létalité des cas de pneumonie grave chez les moins de 5 ans dans les établissements de santé		

Une fois terminé cet exercice,
en parler avec un animateur.

3. DETERMINER LES SOURCES DE DONNEES

Plusieurs sources peuvent être utilisées :

- Notification systématique
- Activités de surveillance continue (par exemple, visite d'encadrement)
- Examen des dossiers
- Enquêtes auprès des établissements ou des dispensateurs de soins (personne qui fournit une prestation)
- Enquêtes auprès des ménages
- Examens ciblés des programmes
- Etudes spéciales

NOTIFICATION SYSTEMATIQUE

La notification systématique sert à recueillir régulièrement des données fournies par les sites visés d'une région. D'une manière idéale, la notification systématique d'un pays doit permettre de fournir des données exactes et complètes, émanant de tous les établissements de santé, au sujet du nombre de cas de diarrhée et d'IRA traités et des méthodes thérapeutiques. Cet idéal est rarement atteint. Votre but doit être de travailler en collaboration pour améliorer le système autant que faire se peut. Entre temps, on peut s'appuyer sur d'autres sources de données à des fins d'évaluation. Plus le système s'améliore, plus il est fiable.

ACTIVITES DE SURVEILLANCE CONTINUE

Des données obtenues à l'aide de la surveillance continue, par exemple lors de visites d'encadrement régulières, peuvent servir à l'évaluation. Les rapports établis dans ce cadre peuvent faire apparaître les activités qui se sont bien déroulées, les problèmes rencontrés et les solutions apportées, le cas échéant.

EXAMEN DES DOSSIERS

Les archives, en particulier les dossiers relatifs à la distribution des SRO, des antibiotiques et à la formation, peuvent servir à évaluer les efforts de formation et d'approvisionnement des prestataires. Les dossiers émanant d'établissements de santé peuvent être examinés pour connaître le pourcentage de cas qui bénéficient d'antibiotiques standard. Si les dossiers hospitaliers renseignent sur les signes cliniques qui permettent de différencier les cas de diarrhée simple des cas de diarrhée accompagnée de déshydratation grave; les cas de pneumonie grave des cas de pneumonie très graves (par exemple, malades cyanosés ou incapables de boire), on peut les consulter afin de déterminer les taux de létalité.

ENQUÊTES AUPRÈS DES ETABLISSEMENTS OU DES PRESTATEURS DE SOINS

L'évaluation de la prise en charge des cas de diarrhée et d'IRA dans les établissements de santé ou par d'autres prestataires peut faire partie des activités de supervision systématique ou être menée dans le cadre d'enquêtes périodiques spéciales sur un échantillon d'établissements ou de dispensateurs. A cette fin, il est utile de se servir d'un protocole type de collecte des données. Il peut comporter une liste de contrôle des locaux et des équipements nécessaires à la prise en charge des cas, des entretiens avec des agents de santé et un examen des dossiers. Les protocoles ont été mis au point par l'OMS (Manuels LMD et IRA d'enquête dans les établissements de Santé).

ENQUETES AUPRES DES MENAGES

Les cas de diarrhée et d'IRA et les décès qui leur sont associés - ceux qui ont été examinés dans les établissements de santé - peuvent ne représenter qu'une faible partie du nombre total de cas et de décès liés aux diarrhées et aux IRA survenant effectivement dans la communauté. De nombreux cas peuvent être traités à domicile ou guérir spontanément. Certains décès se produiront à domicile et le système de santé n'en aura pas connaissance.

Même si un grand nombre de cas et de décès sont examinés dans des établissements, les dossiers s'y rapportant ont de fortes chances d'être incomplets. Il est donc utile de se rendre dans les familles pour recenser plus exactement le nombre de cas de diarrhée et d'IRA et de décès qui leur sont associés. Une méthode d'enquête portant sur un échantillon de foyers est présentée dans le document intitulé *Manuel d'enquête dans les ménages* mis au point par l'OMS.

Une enquête de ce type peut également permettre d'estimer le pourcentage total de mères qui savent à quel moment il faut présenter l'enfant souffrant de diarrhée ou d'IRA à un agent ou qui appliquent certains traitements.

EXAMENS CIBLES DU PROGRAMME

L'examen ciblé du programme (ECP) fait appel à la méthode de résolution des problèmes pour examiner l'état d'avancement des activités du programme compte tenu des cibles prédéfinies. Cette méthode permet aux programmes LMD/IRA de définir les résultats atteints et les problèmes spécifiques qui se posent. Un certain nombre de problèmes prioritaires (cinq au maximum) font alors l'objet d'un examen plus approfondi et des solutions précises sont élaborées et intégrées à un plan d'action.

L'ECP a les caractéristiques suivantes:

- **il est axé sur les problèmes** - les programmes LMD/IRA nationaux mettent en évidence les résultats obtenus et les contraintes auxquelles ils se heurtent; ils classent ces contraintes par ordre d'importance et élaborent des solutions applicables avec l'aide d'un petit nombre d'examineurs extérieurs;
- **il est fondé sur des données** - les données existantes issues des activités de surveillance, d'évaluation et de recherche ainsi que les informations spécifiques complémentaires recueillies au cours de l'examen permettent de prendre tout au long du processus des décisions en connaissance de cause.
- **il privilégie l'action** - des solutions précises sont incorporées à un plan d'action, ce qui améliore la probabilité d'application;
- **il est structuré** - un cadre logique et systématique est utilisé pour orienter la résolution des problèmes.

Ces examens sont réalisés en deux temps:

La première phase est consacrée à un examen théorique qui dure une semaine. Une petite équipe composée de membres du programme national et d'un ou deux experts extérieurs examinent une série de documents pour dégager de façon systématique les contraintes potentielles auxquelles on se heurte dans l'exécution du programme. Ces contraintes sont classées en fonction de quatre critères (importance, prévalence, lien de causalité, et ressources nécessaires). Les quatre ou cinq contraintes les plus importantes sont retenues pour faire l'objet d'un examen plus approfondi au cours de la deuxième phase.

La deuxième phase est consacrée à un examen approfondi de deux semaines portant sur les problèmes prioritaires définis au cours de la première phase. L'équipe chargée de l'examen (une quinzaine de personnes) est subdivisée en petits groupes de travail de trois à cinq membres qui s'occupent chacun d'un problème prioritaire. Ces groupes de travail poursuivent l'examen des documents et recueillent des données complémentaires au cours de visites de terrain et d'entrevues avec des responsables. Les données obtenues au cours de cette phase servent à analyser le problème prioritaire et à élaborer un plan conceptuel des facteurs à l'origine des problèmes. Les groupes proposent alors des solutions qui doivent être logiques, efficaces et applicables. Ces solutions sont proposées dans le cadre de plans d'action nationaux prévoyant des activités spécifiques, un budget, des délais d'application et une répartition des responsabilités.

ETUDES SPECIALES

Dans certaines situations, des études spéciales peuvent se révéler utiles pour étudier des sujets tels que l'incidence de la diarrhée et de la pneumonie, la part de la rougeole dans la mortalité due à la pneumonie, la réaction aux antibiotiques, l'attitude des mères envers la diarrhée et les IRA et leur traitement, les obstacles au recours aux services de santé, les réactions des mères aux activités de communication particulières et les facteurs influençant la survie néonatale.

Ces études peuvent prendre des formes très diverses : projets de recherche officiels réalisés à court terme par des universitaires ou exercices pratiques de résolution de problèmes sur le terrain, sous la direction de personnels du programme ou de consultants.





EXERCICE C

Prendre connaissance des situations suivantes et répondre aux questions :

1. Un gestionnaire national veut savoir si les mères savent à quel moment présenter l'enfant souffrant d'une IRA à un agent de santé. Comment peut-il s'informer ?
2. Un gestionnaire national est préoccupé car le programme de son pays ne progresse pas vers les objectifs secondaires fixés trois ans auparavant. Il a étudié les données disponibles mais ne sait pas vraiment comment les interpréter ni comment recenser les problèmes qui se posent dans le cadre de ce programme. Il estime que les personnels régional et local ne lui apportent pas assez d'informations. Auprès de qui pourrait-il se procurer les renseignements dont il a besoin ?
3. Un gestionnaire national veut connaître la proportion de cas de pneumonie infanto-juvénile qui sont traités par des antibiotiques standard ou qui ont bénéficié d'antibiotiques standard ou de soins hospitaliers dans des établissements de recours. Jusqu'à présent, le programme a assuré la formation des personnels de la plupart des établissements de santé et des hôpitaux. La formation des agents de santé communautaires a commencé dans quelques régions. Auprès de qui peut-il se procurer les données recherchées ? Pourquoi ?

Une fois terminé cet exercice, en parler avec un animateur.

4. ANALYSER LES RESULTATS

Analyser les résultats des examens des dossiers et des activités de surveillance continue. Pour ce faire, compiler les données émanant de toutes les régions et calculer les taux importants. Puis comparer les résultats et les objectifs secondaires espérés avec les résultats effectivement atteints.

Examiner également les informations qualitatives obtenues au moyen de la surveillance continue. Ce type de données peut être plus important que les taux et autres estimations chiffrées car il illustre mieux la situation, y compris les difficultés qui se présentent et leurs origines. Sur la base de tous ces résultats, cerner les problèmes et les résultats positifs, ainsi que leurs origines.

Analyser également les résultats de toute étude ou enquête menée durant l'année.

Ne pas oublier de communiquer rapidement les résultats aux personnels qui tiennent les dossiers ou collectent les données.

5. INTERPRETER LES RESULTATS DE L'EVALUATION EMANANT DE TOUTES LES SOURCES

Le tableau figurant à l'annexe A située à la fin de ce module présente plusieurs sources appropriées de données servant à estimer certains indicateurs LMD/IRA. Toutefois, une évaluation est plus qu'une simple quantification d'indicateurs du programme LMD/IRA. D'autres méthodes plus qualitatives, par exemple des visites d'encadrement ou un examen global, sont essentielles lorsqu'il s'agit d'évaluer le programme dans son ensemble.

Les données de l'évaluation proviendront de plusieurs sources. Il est important d'en interpréter les résultats à la lumière d'autres résultats et non pas isolément.

DETERMINER SI LES DONNEES SONT EXACTES ET COMPLÈTES.

Avant d'adopter ces données, examiner ce qu'elles valent.

- Sont-elles plausibles ?

Comparer les données avec les chiffres attendus. Les comparer également avec celles qui émanent d'autres sources. Si les résultats sont extrêmement différents, examiner pourquoi. Ces données ne sont peut-être pas dignes d'intérêt.

- Ont-elles des chances d'être exactes, complètes et représentatives des indicateurs à évaluer ?

Par exemple, dans la plupart des pays, la notification systématique ne permettra pas d'obtenir des données exactes ou complètes. Si le système de votre pays est bon, vous pouvez en utiliser les données.

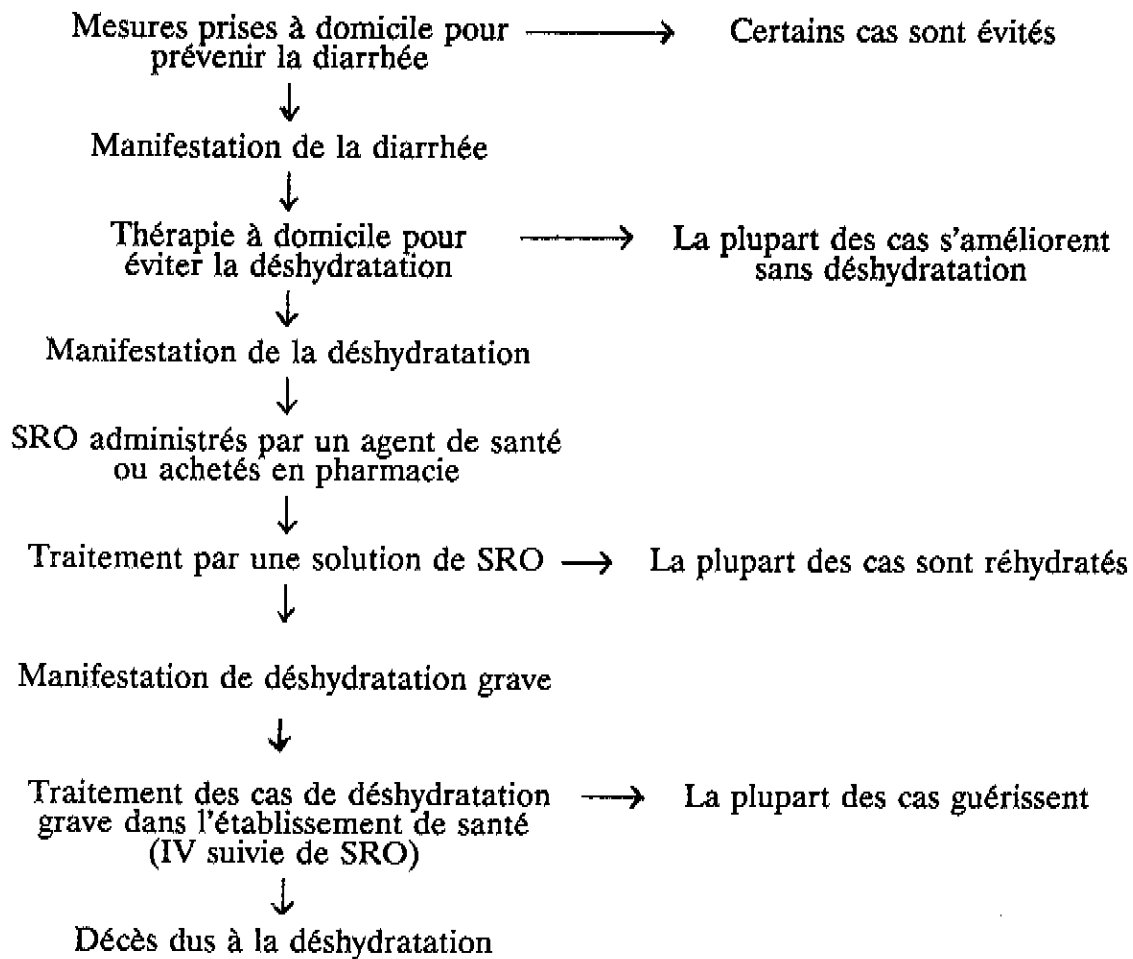
Examiner la méthode de collecte des données pour savoir si l'on utilisera ou non ces informations. Par exemple, si la formation des enquêteurs a été médiocre, il est probable que les résultats d'une enquête réalisée auprès des ménages seront inexacts.

Veiller à ce que les données retenues proviennent de zones géographiques comparables. Par exemple, confronter les données systématiques pour le pays aux résultats issus d'une enquête nationale. Ou encore, comparer les résultats découlant d'une enquête régionale avec des données systématiques pour la région considérée.

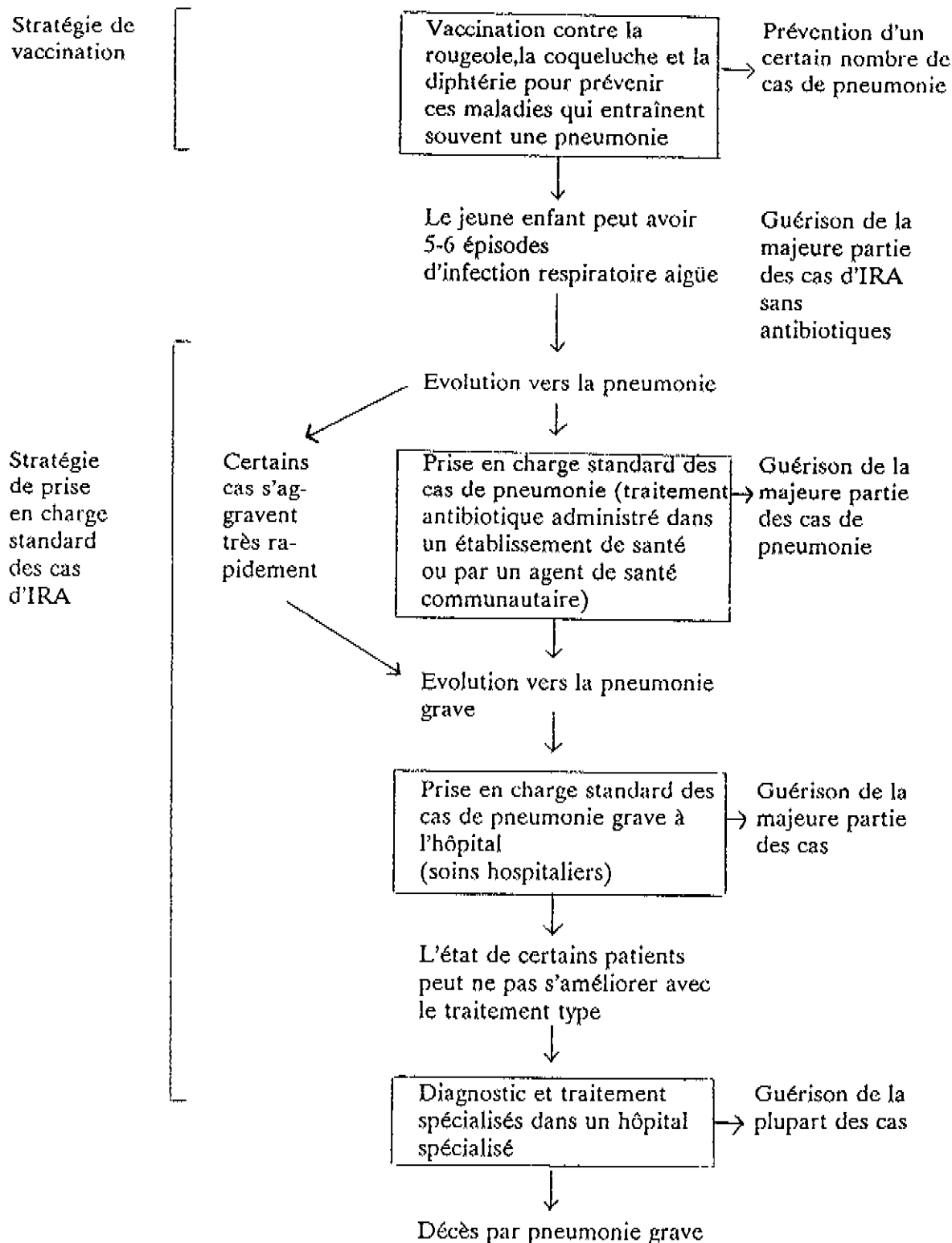
INTERPRETER LES RESULTATS

Quand on interprète les résultats de l'évaluation, garder à l'esprit l'enchaînement des activités qui interviennent dans le processus de réduction de la mortalité par diarrhée/pneumonie. Cette "chaîne d'activité" est présentée ci-contre. Le fait de ne pas oublier les relations entre les maillons de la chaîne peut vous aider à comprendre la signification de vos résultats

REDUCTION DE LA MORTALITE PAR DIARRHÉE : SUIVE POSSIBLE DES ACTIVITES ET EVENEMENTS



REDUCTION DE LA MORTALITE PAR PNEUMONIE :
SUIVE POSSIBLE D'EVENEMENTS



EXEMPLE

INTERPRETATION DES RESULTATS EMANANT DE DIVERSES SOURCES

Examen des dossiers et enquête auprès des ménages	Enquête auprès de l'établissement de santé	Surveillance continue	Interprétation possible
75 % des cas de pneumonie bénéficient d'antibiotiques standard dans les établissements de santé.	A l'observation, il apparaît que les cas d'IRA ne sont pas correctement classés. Des antibiotiques sont administrés à la quasi-totalité des malades.	L'utilisation des antibiotiques est beaucoup plus fréquente que prévu.	Formation médiocre ou trop de cas à traiter. Manque d'antibiotiques probable dans un avenir proche.
5 % des cas de pneumonie sont traités dans les établissements de santé. Les mères présentent rarement leur enfant souffrant d'IRA à l'établissement de santé.	La classification est correcte. Les personnels connaissent bien le traitement. L'approvisionnement en antibiotiques reste faible.	Les livraisons d'antibiotiques arrivent souvent avec du retard.	Les mères ne se présentent pas à l'établissement de santé. Elles savent que les médicaments nécessaires manquent et que les enfants n'y sont pas traités.

6. DECRIRE L'ETAT ACTUEL DES INDICATEURS LMD/IRA

Lorsque l'on évalue le programme, on veut savoir, au-delà des tendances générales, si un taux est en hausse ou en baisse. On souhaite aussi décrire l'état d'avancement actuel du programme. A cet effet, il faut cerner les problèmes, mais aussi les actions menées correctement et qui devraient être renforcées ou élargies.

Lorsque l'on a planifié l'évaluation, on a déterminé les indicateurs à estimer, puis les données dont on a besoin et leurs sources. Si tout se passe bien, on sera en possession de ces données au moment de l'évaluation. Cependant, si l'on ne parvient pas à se les procurer toutes ou que l'on doute de leur exactitude, on devra peut-être estimer ces indicateurs sur la base des données provenant de diverses autres sources.

Il est utile de noter ces estimations concernant les indicateurs sur un tableau récapitulatif (voir Annexe B). Ce formulaire contient les indicateurs que, d'après l'OMS, la plupart des pays jugeront utiles d'estimer. Les autres pays peuvent choisir de mesurer certains de ces indicateurs ou d'en estimer d'autres, en fonction des plans et des priorités établis dans le cadre du programme.

On se référera aux définitions des indicateurs LMD et IRA figurant aux pages 26 à 30 pour faire l'exercice D.

DEFINITIONS DES INDICATEURS LMD

1. **Taux de couverture par la formation**
(Enquête LMD auprès des établissements de santé)

Agents de santé formés à la prise en charge des cas

Proportion d'agents de santé, chargés de traiter les cas de diarrhée, qui ont été formés à la prise en charge standard des cas de diarrhée (la mise en pratique doit faire partie de la formation).

Autres prestataires formés à la prise en charge des cas

Proportion des autres prestataires (à définir dans chaque pays) formés à la prise en charge des cas.

Personnel d'encadrement ayant reçu une formation

 - a. Proportion de personnel exerçant actuellement des responsabilités en matière d'encadrement qui a reçu une formation aux techniques de supervision.
 - b. Proportion de personnel exerçant actuellement des responsabilités en matière d'encadrement qui a reçu une formation à la prise en charge des cas.

2. **Etablissements de santé dotés de personnels formés**
(Enquête LMD auprès des établissements de santé)

Proportion d'établissements de santé dotés d'au moins un agent de santé formé à la prise en charge standard des cas (la mise en pratique doit faire partie de la formation)

3. **Cas correctement examinés**
(Enquête LMD auprès des établissements de santé)

Proportion des enfants diarrhéiques de moins de 5 ans, traités dans les établissements de santé, qui sont correctement examinés.

4. **Cas correctement réhydratés**
(Enquête LMD auprès des établissements de santé)

Proportion des enfants diarrhéiques de moins de 5 ans présentant des signes de déshydratation ou une déshydratation grave qui sont traités dans des établissements de santé et correctement réhydratés (par voie orale ou IV).

5. **Enfants dont les mères ont été bien conseillées sur la prise en charge des cas à domicile**
(Enquête LMD auprès des établissements de santé)

Proportion des enfants diarrhéiques de moins de 5 ans, traités dans des établissements de santé, dont les mères (ou d'autres personnes s'occupant d'eux) ont été bien conseillées au sujet de la prise en charge à domicile (apport liquidien accru, poursuite de l'alimentation et recherche de soins à l'extérieur).

6. **Cas de dysentérie traités par des antibiotiques appropriés**
(Enquête LMD auprès des établissements de santé)

Proportion des enfants diarrhéiques de moins de 5 ans, traités dans des établissements de santé, qui bénéficient d'antibiotiques appropriés.

***7. Cas correctement pris en charge dans les établissements de santé**
(Manuel LMD/IRA d'enquête dans les ménages)

Proportion des enfants diarrhéiques de moins de 5 ans vus dans les établissements de santé, qui bénéficient de la prise en charge standard des cas. Celle-ci consiste à examiner correctement les enfants qui ne sont pas déshydratés et à donner des conseils à ceux qui s'en occupent (Plan A) et à examiner convenablement les enfants déshydratés et à les traiter (Plans B et C).

8. Utilisation de la TRO (apport liquidien accru)
(Enquête LMD/IRA dans les ménages)

Proportion des enfants diarrhéiques de moins de 5 ans qui ont réellement bénéficié d'un apport accru de liquide (p.ex. SRO, boissons à base d'aliments, autres liquides recommandés, eau) durant leur épisode diarrhéique.

***9. Connaissances maternelles des trois règles de la prise en charge des cas**
(Enquête LMD/IRA dans les ménages)

Proportion des mères ou d'autres personnes s'occupant d'enfants qui connaissent les trois règles de la prise en charge des cas. Il s'agit 1) de donner des quantités accrues de liquides, 2) de poursuivre l'alimentation et 3) de rechercher un traitement à l'extérieur pour un enfant diarrhéique, s'il y a lieu.

***10. Accès aux SRO**
(Enquête LMD auprès des établissements de santé)

Proportion des moins de 5 ans régulièrement approvisionnés en SRO dans leur communauté.

Définitions:

Régulièrement approvisionné: présence de stocks de SRO au moment de l'évaluation et rapports indiquant que les stocks ont été suffisants tout au long ou presque des trois derniers mois pour satisfaire les besoins de la population.

Communauté: pour évaluer cet indicateur, l'ensemble des enquêtes effectuées dans les ménages sera considéré comme étant la communauté. Pour la surveillance, les communautés seront définies comme étant les groupes géographiques naturels présents dans une région. Il peut s'agir d'un village, d'une zone urbaine ou d'un quartier. S'il n'y a pas de communauté naturelle, on définira au niveau national une formule qui sera fonction du temps et de la distance.

* Indicateur clé. Lorsque la liste complète des indicateurs destinée à l'évaluation ne peut être utilisée, l'OMS et l'UNICEF sont convenues que l'on donnera la priorité aux six indicateurs précédés d'un astérisque.

***11. Capacité de prise en charge des cas de diarrhée par les établissements de soins**
(Enquête LMD auprès des établissements de santé)

Proportion d'établissements dotés d'au moins un agent de santé formé à la prise en charge standard des cas (formation pratique comprise) et régulièrement approvisionnés en SRO.

Définition

Régulièrement approvisionné: présence de stocks de SRO le jour de la visite réalisée aux fins de l'enquête, et rapports émanant des établissements indiquant que les stocks ont été suffisants tout au long ou presque des trois derniers mois pour satisfaire les besoins des malades hospitalisés dans l'établissement.

12. Taux d'utilisation des SRO pour les cas soignés à l'extérieur
(Enquête LMD/IRA auprès des ménages)

Proportion des enfants diarrhéiques de moins de 5 ans qui ont été vus en dehors du domicile et qui ont bénéficié de SRO.

***13. Utilisation des SRO et/ou de préparations liquides maison recommandées**
(définition de la TRO avant 1991)
(Enquête LMD/IRA auprès des ménages)

Proportion des enfants diarrhéiques de moins de 5 ans traités avec des SRO et/ou une préparation liquide maison appropriée.

***14. Utilisation de la TRO (apport liquidien accru) et poursuite de l'alimentation**
(Enquête LMD/IRA auprès des ménages)

Proportion des enfants diarrhéiques de moins de 5 ans qui bénéficient de quantités accrues de liquides et de la poursuite de l'alimentation.

15. Poursuite de l'alimentation
(Enquête LMD/IRA auprès des ménages)

Proportion des enfants diarrhéiques de moins de 5 ans dont on sait qu'ils ont bénéficié de la même quantité ou d'une quantité accrue d'aliments pendant l'épisode diarrhéique.

16. Enfants de moins de 4 mois exclusivement allaités au sein
(Enquête LMD/IRA auprès des ménages)

Proportion d'enfants de moins de quatre mois qui sont exclusivement allaités au sein.

DEFINITIONS DES INDICATEURS IRA

1. Taux de couverture par la formation :

(Sources de données : examen des dossiers)

Proportion des personnels des établissements de santé formés à la prise en charge standard des cas d'IRA

Proportion d'agents de santé communautaires responsables du traitement des IRA qui sont formés à la prise en charge standard

2. Taux d'approvisionnement en antibiotiques :

(Source de données : examen des dossiers, notification systématique)

Proportion d'établissements de santé qui sont régulièrement approvisionnés en antibiotiques standard pour le traitement de la pneumonie (jamais de rupture de stock)

3. Etablissements de santé approvisionnés et disposant de personnels formés :

(Sources de données : examen des dossiers, enquête auprès des établissements de santé)

Proportion d'établissements de santé en mesure d'assurer la prise en charge standard des cas d'IRA (disposant d'au moins un membre du personnel formé et régulièrement approvisionnés en antibiotiques standard)

4. Hôpitaux approvisionnés et disposant de personnels formés :

(Sources de données : examen des dossiers, enquête auprès des établissements de santé)

Proportion d'hôpitaux en mesure d'assurer la prise en charge standard des cas de pneumonie grave (disposant d'au moins un membre du personnel formé et approvisionné en médicaments et en matériels appropriés)

5. Taux d'accès à la prise en charge standard des cas d'IRA :

(Sources de données : examen des dossiers, notification systématique)

Proportion de la population qui aura accès à la prise en charge standard des cas d'IRA, (par exemple, accès à un agent de santé employé dans un centre ou dans une communauté et formé à la prise en charge standard des cas d'IRA et accès à une source d'antibiotiques formés gratuitement ou à un prix abordable)

6. Personnes s'occupant de l'enfant qui savent à quel moment le présenter en consultation à un agent de santé :

(Source de données : enquête auprès des ménages)

Proportion de personnes s'occupant d'un enfant de moins de 5 ans atteint d'une IRA, qui savent à quel moment le présenter en consultation à un agent de santé

7. Personnes s'occupant de l'enfant qui le présentent en consultation :

(Source de données : enquête auprès des ménages)

Proportion de personnes s'occupant de l'enfant qui l'ont présenté en consultation pour un épisode récent d'IRA lorsqu'il était justiciable d'un traitement.

8. Malades pris en charge :

Proportion de cas de pneumonie présentés dans les établissements de santé et qui bénéficient de la prise en charge standard des cas
(Source de données : enquête auprès des établissements de santé)

Proportion de personnes s'occupant d'enfants atteints d'IRA qui ont été présentés dans les établissements de santé, et à qui l'on a donné des conseils sur les soins à domicile
(Sources de données : enquêtes auprès des établissements de santé et des ménages)

Proportion de cas de pneumonie présentés à un agent de santé communautaire, qui sont :

- traités ou transférés à l'hôpital s'il y a lieu
- conseillés sur les soins à donner à leur enfant à domicile

(Sources de données : examen des dossiers, enquête auprès des établissements de santé)

Proportion de malades hospitalisés pour une pneumonie grave et qui bénéficient de la prise en charge standard des cas
(Source de données : examen des dossiers)

9. Mauvaise utilisation des antibiotiques :

(Source de données : enquête auprès des établissements de santé)

Proportion de cas d'IRA présentés dans les établissements de santé, à qui l'on administre des antibiotiques sans indication valable.

10. Taux global de prise en charge des cas de pneumonie :

(Source de données : examen des dossiers, enquête auprès des ménages)

Proportion des cas de pneumonie infanto-juvénile qui bénéficient d'antibiotiques standard ou de soins hospitaliers pour une pneumonie grave



EXERCICE D

Les indicateurs constituent une étape chiffrée de l'évaluation d'un programme. Remplir la liste des indicateurs (Annexe B) de votre programme LMD/IRA. Comment interprétez-vous les résultats? Que peut-on dire des résultats (taux effectifs) par rapport aux objectifs secondaires fixés? Le cas échéant, comment peut-on expliquer les différences existant entre les deux (objectif secondaire et taux réel)?

Signaler à l'animateur que l'on est prêt à engager la discussion de groupe.

7. ASSURER UNE RETRO-INFORMATION ET RESOUDRE LES PROBLEMES ET UTILISER LES RESULTATS DE L'EVALUATION POUR REVISER LES PLANS OU EN ETABLIR DE NOUVEAUX

Les résultats de l'évaluation peuvent faire apparaître à la fois les bons résultats obtenus par le programme et les problèmes rencontrés dans ce cadre. Par exemple, on constatera peut-être les faits suivants :

- Certaines améliorations ont été apportées et l'accent peut à présent porter sur d'autres secteurs.
- Les efforts visant à résoudre les problèmes détectés au moyen de la surveillance continue n'ont pas abouti et ces problèmes restent entiers.
- Des problèmes non cernés par la surveillance continue se sont présentés : il faut les résoudre.
- On a commis des erreurs d'hypothèse en fixant les objectifs spécifiques et secondaires. Il faut les corriger en se fondant sur des données de meilleure qualité.

Commenter les résultats permettra aux personnels de tous les niveaux de cerner les problèmes et d'établir ou de réviser leurs plans pour la partie du programme qui les concerne.

RAPPEL EN CE QUI CONCERNE L'EVALUATION

- L'évaluation d'un programme LMD/IRA a pour but de :
 - Déterminer quel est en ce moment l'état d'avancement du programme afin de planifier avec plus de précision sa destination et le moyen d'y parvenir.
 - Déceler et résoudre les problèmes.

Il est également important de comparer les résultats de l'évaluation avec les objectifs spécifiques et les objectifs secondaires qui avaient été fixés. Mais le but d'une évaluation est tout autant de chercher à comprendre ce qui se passe en aval qu'en amont :

- Décider quels sont les indicateurs à estimer pour évaluer votre programme. Il faut autant d'indicateurs essentiels qu'il est nécessaire pour la priorité (ou l'étape) du programme, et d'autres indicateurs peuvent également s'avérer utiles. L'annexe A présente un tableau des indicateurs possibles et des sources de données.
- On peut se servir d'un certain nombre de sources de données pour évaluer un programme LMD/IRA :
 - Notification systématique
 - Activités de surveillance continue (par exemple, visites d'encadrement)
 - Examen des dossiers
 - Enquêtes auprès des établissements ou des prestataires
 - Enquêtes auprès des ménages
 - Examens ciblés du programme
 - Etudes spéciales
- Interpréter les résultats des différentes sources à la lumière d'autres résultats, et non isolément. Ne pas oublier l'"enchaînement des activités et des événements" dans le processus de réduction de la mortalité par diarrhée et pneumonie.
- Utiliser la technique de l'évaluation pour commenter le travail des personnels, résoudre les problèmes et arrêter des plans.

ANNEXES

- A : Indicateurs et sources de données pour l'évaluation de la prise en charge standard des cas
- B : Tableau récapitulatif des indicateurs d'un programme national LMD/IRA

INDICATEURS POSSIBLES D'ÉVALUATION DE LA
(A mesurer au niveau de l'étape)

Étape et priorité du programme	Accès à la prise en charge standard des cas		
	Disponibilité de solution de fabrication domestique/SRO	Formation/Connaissance	Accès à la prise en charge des cas/TRO
1. Prise en charge standard des cas dans les principaux établissements de santé publics et privés	Nombre de grands établissements de santé offrant régulièrement des SRO A,B	Proportion de personnel des grands établissements de santé formé à la prise en charge standard des cas* A,B	
2. Prise en charge standard des cas dans tous les établissements de santé publics et privés (meilleur accès)	Proportion d'établissements de santé offrant régulièrement des SRO A,B Disponibilité des ingrédients pour les préparations liquides maisons D	<i>Agents de santé formés à la prise en charge des cas*</i> A <i>Enfants dont les mères ont été bien conseillées sur la prise en charge des cas</i> A,B <i>Capacité de prise en charge des cas de diarrhée par les établissements de santé</i> C	<i>Etablissements de santé dotés de personnel formé</i> A
3. Promotion des services (meilleure utilisation de la prise en charge effective des cas dans tous les établissements)		Nombre de personnes ayant reçu un message encourageant l'utilisation d'établissements de santé pour le traitement de la diarrhée D	
4. Autres prestataires de SRO tels que pharmaciens, ASC (meilleur accès par le biais d'autres dispensateurs)	Proportion de pharmacies (ou d'autres dispensateurs disposant en permanence de stock de SRO) A	Proportion de différents types de dispensateurs formés pour fournir des SRO A	Nombre total de types différents de dispensateurs de SRO A <i>Accès aux SRO</i> A,B
5. Thérapie à domicile (meilleure connaissance et utilisation de la thérapie à domicile)		<i>Connaissances maternelles des trois règles de la prise en charge des cas à domicile</i> D Nombre de personnes exposées aux messages sur la prise en charge effective des cas à domicile D	

A : Examen des dossiers (par exemple, registre des cas, des programmes de formation, distribution SRO, etc.)

B : Notification systématique

C : Enquête dans les établissements de santé

D : Enquête dans les ménages

* Évaluation correcte, thérapie de réhydratation correcte, poursuite de l'allaitement au sein des nourrissons, alimentation des enfants gardés plus de 4 à 6 heures, utilisation correcte des antibiotiques et conseils corrects sur la poursuite de l'alimentation, la TRO continue à domicile et sur le moment où il convient de consulter.

PRISE EN CHARGE DES CAS
(indiquée ultérieurement)

Utilisation de la prise en charge standard des cas	Incidence	
	Déshydratation/ Mortalité	
Proportion de cas de diarrhée examinés dans les principaux établissements de santé et qui: a) sont correctement évalués b) sont correctement réhydratés c) reçoivent de bons conseils sur la prise en charge des cas à domicile C	Taux d'admission	A,B
Proportion de cas de dysenterie traités dans les principaux établissements de santé et qui reçoivent les antibiotiques appropriés C	Taux de létalité dans les principaux établissements de santé	A,B
<i>Proportion de cas de diarrhée dans des établissements de santé qui:</i> <i>sont correctement examinés</i> C <i>sont correctement réhydratés (ou IV)</i> C <i>sont correctement pris en charge dans les établissements de santé</i> C <i>Proportion de cas de dysenterie recevant les antibiotiques appropriés</i> C	Proportion de cas renvoyés pour traitement vers un grand établissement de santé A,C Taux de mortalité associé à la diarrhée D	
Proportion de tous les cas de diarrhée recevant des SRO fournis par différents types de dispensateurs D	Nombre et proportion de cas, examinés dans des établissements de santé, qui sont gravement déshydratés à l'arrivée A,C	
<i>TRO (apport liquidien accru) plus poursuite de l'alimentation</i> D <i>Utilisation de la TRO (apport liquidien accru)</i> D <i>Poursuite de l'alimentation</i> D <i>Allaitement maternel exclusif des enfants de moins de quatre mois</i> D		

INDICATEURS POSSIBLES POUR L'ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE STANDARD DES CAS D'IRA
(à mesurer à chaque étape indiquée et ultérieurement)

Étapes et priorités du programme	Disponibilité en matériel	Formation/Connaissance	Accès à la prise en charge standard des cas d'IRA	Utilisation des méthodes de prise en charge standard des cas	Impact
1. Prise en charge standard des cas d'IRA dans les établissements de santé ¹	<p>Proportion d'établissements de santé régulièrement approvisionnés en antibiotiques standard pour le traitement de la pneumonie</p> <p>A₁B</p>	<p>Proportion d'établissements de santé disposant d'au moins un membre du personnel formé à la prise en charge standard des cas d'IRA</p> <p>A₁B</p> <p>Proportion de personnels des établissements de santé formés à la prise en charge standard des cas d'IRA</p> <p>A</p> <p>Proportion de personnes s'occupant d'enfants de moins de 5 ans qui savent à quel moment les amener consulter un agent de santé pour une IRA.</p> <p>D</p>	<p>Proportion d'établissements de santé en mesure d'assurer la prise en charge standard des cas d'IRA</p> <p>C</p> <p>Proportion de la population ayant accès à la prise en charge standard des cas d'IRA</p> <p>A₁B</p>	<p>Proportion de malades souffrant d'IRA qui ont été présentés à l'établissement de santé et correctement examinés</p> <p>C</p> <p>Proportion de cas de pneumonie présentés à l'établissement de santé, qui bénéficient de la prise en charge standard des cas de pneumonie</p> <p>C</p> <p>Proportion des cas d'IRA présentés à l'établissement de santé, à qui l'on administre des antibiotiques sans indication valable</p> <p>C</p> <p>Proportion des cas de pneumonie infantile-juvénile qui bénéficient d'antibiotiques standard ou de soins hospitaliers pour une pneumonie grave</p> <p>A₁D</p> <p>Proportion de personnes s'occupant de l'enfant qui l'ont à juste titre présenté en consultation pour un épisode récent d'IRA lorsqu'il était justiciable d'un traitement</p> <p>D</p> <p>Proportion de nourrissons de moins de 2 mois ayant une pneumonie grave ou une maladie très grave présentés à l'établissement de soins et qui bénéficient de la prise en charge standard</p> <p>C</p>	<p>Taux d'hospitalisation</p> <p>Taux de mortalité par pneumonie</p> <p>Taux de mortalité imputable à la pneumonie chez les nourrissons de moins de deux mois</p> <p>D</p> <p>D</p>
Prise en charge standard des cas de pneumonie grave ² à l'hôpital	<p>Proportion d'hôpitaux régulièrement approvisionnés en antibiotiques appropriés pour les cas de pneumonie grave</p> <p>A₁B</p> <p>Proportion d'hôpitaux approvisionnés en oxygène et en matériel d'oxygénothérapie</p> <p>A₁B</p>	<p>Proportion d'hôpitaux disposant d'au moins un membre du personnel formé à la prise en charge standard des cas de pneumonie grave et de maladie très grave</p> <p>A</p> <p>Proportion de personnels des hôpitaux formés à la prise en charge standard des cas de pneumonie grave et de maladie très grave</p> <p>A</p>	<p>Proportion d'hôpitaux en mesure d'assurer la prise en charge standard des cas de pneumonie grave et de maladie très grave</p> <p>A₁C</p> <p>Proportion de la population ayant accès à la prise en charge standard des cas de pneumonie grave et de maladie très grave à l'hôpital</p> <p>A₁C</p>	<p>Proportion de maladies hospitalisées ayant une pneumonie grave qui bénéficient de la prise en charge standard</p> <p>A</p>	<p>Taux de létalité des cas de pneumonie grave à l'hôpital</p> <p>A</p> <p>Taux de létalité des cas de pneumonie très grave à l'hôpital</p> <p>A</p>

Accès à la prise en charge standard des cas					
Étapes et priorités du programme	Disponibilité en médicaments et matériels	Formation/Connaissances	Accès à la prise en charge standard des cas d'IRA	Utilisation des méthodes de prise en charge standard des médicaments	Impact
2. Prise en charge standard des cas d'IRA par les agents de santé communautaires	Proportion d'agents de santé communautaires responsables du traitement des IRA, qui sont régulièrement approvisionnés en médicaments standard et en matériels (par exemple, miniteurs) A,B	Proportion d'agents de santé communautaires responsables du traitement des IRA et formés à la prise en charge standard des cas d'IRA A	Proportion de la population qui a accès à la prise en charge standard des cas d'IRA B	Proportion des cas d'IRA présentés à un agent de santé communautaire, qui ont été correctement examinés C Proportion de cas de pneumonie présentés à un agent de santé communautaire, qui sont traités (ou hospitalisés au besoin) - reçoivent des conseils sur les soins à domicile A,C	
3. Soins appropriés donnés à domicile à un enfant souffrant d'IRA		Nombre ou proportion de personnes s'occupant d'un enfant exposées aux messages sur les soins à domicile A		Proportion des cas d'IRA présentés à un agent de santé communautaire, à qui l'on administre des antibiotiques sans indication valable A,C	
4. Prise en charge spécialisée des cas d'infection respiratoire n'ayant pas réagi à la prise en charge standard des cas	Proportion d'hôpitaux de recours approvisionnés en médicaments et en matériels nécessaires au diagnostic et au traitement spécialisés des cas d'IRA A,B	Proportion d'hôpitaux de recours disposant d'au moins un médecin formé au diagnostic et au traitement spécialisés des cas d'IRA A Proportion de médecins des hôpitaux de recours responsables des cas d'IRA chez l'enfant et formés au diagnostic et au traitement spécialisés des cas d'IRA A	Proportion de la population ayant accès au diagnostic et au traitement spécialisés des cas d'IRA A,B	Proportion, dans les hôpitaux de recours, des cas n'ayant pas réagi à la prise en charge standard, qui bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement spécialisés A,C	Taux de létalité des cas bénéficiant d'un diagnostic et d'un traitement spécialisés A

A : Examen des dossiers B : Notification systématique C : Enquête dans les établissements de santé D : Enquête dans les ménages

1 Les établissements de santé recourent les établissements au premier niveau, les centres de santé, les dispensaires, les postes de santé ruraux, les officines et les consultations externes des hôpitaux

2 La prise en charge standard des cas de pneumonie grave et de maladie très grave à l'hôpital inclut le traitement convenable des nourrissons de moins de 2 mois et des enfants âgés de 2 mois à 5 ans

ANNEXE B

**TABLEAU RECAPITULATIF DES INDICATEURS DU PROGRAMME NATIONAL
LMD**

Année d'évaluation : _____

1.	Taux de couverture par la formation	
	Agents de santé formés à la prise en charge des cas	_____
	Personnel d'encadrement formé	_____
	Autres dispensateurs formés à la prise en charge des cas	_____
2.	Etablissements de santé dotés de personnel formé	_____
3.	Cas correctement examinés	_____
4.	Cas correctement réhydratés	_____
5.	Enfants dont les mères ont été bien conseillées sur la prise en charge des cas à domicile	_____
6.	Cas de dysenterie ayant bénéficié des antibiotiques appropriés	_____
7.	Cas correctement pris en charge dans les établissements de santé	_____
8.	TRO (apport liquidien accru) et poursuite de l'alimentation	_____
9.	Connaissance des trois règles de la prise en charge des cas à domicile	_____
10	Accès aux SRO	_____
11	Capacité de prise en charge des cas de diarrhée par les établissements de santé	_____
12	Utilisation des SRO pour les cas soignés à l'extérieur	_____
13	SRO et/ou préparation liquide maison recommandée (PLR) (définition de la TRO d'avant 1991)	_____
14	TRO (apport liquidien accru)	_____
15	Poursuite de l'alimentation	_____
16	Allaitement au sein exclusif des enfants de moins de 4 mois	_____

TABLEAU RECAPITULATIF DES INDICATEURS DU PROGRAMME NATIONAL IRA

Année d'évaluation : _____

- | | | |
|-----|--|-------|
| 1. | Taux de couverture par la formation | |
| | Personnels des établissements de santé formés à la prise en charge standard des cas d'IRA | _____ |
| | Agents de santé communautaires formés à la prise en charge standard des cas d'IRA | _____ |
| 2. | Taux d'approvisionnement en antibiotiques des établissements de santé | _____ |
| 3. | Etablissement de santé approvisionnés et disposant de personnels formés | _____ |
| 4. | Hôpitaux approvisionnés et disposant de personnels formés | _____ |
| 5. | Taux d'accès à la prise en charge standard des cas d'IRA | _____ |
| 6. | Personnes s'occupant de l'enfant qui savent à quel moment le présenter en consultation à un agent de santé | _____ |
| 7. | Personnes s'occupant de l'enfant qui le présentent en consultation | _____ |
| 8. | Malades pris en charge | |
| | Cas de pneumonie dans l'établissement de santé qui bénéficient de la prise en charge standard des cas d'IRA | _____ |
| | Personnes s'occupant de malades atteints d'IRA examinés à l'établissement de santé, qui ont reçu des conseils sur les soins à leur donner à domicile | _____ |
| | Cas de pneumonie examinés par un agent de santé communautaire | |
| | - qui ont été traités (ou transférés à l'hôpital, le cas échéant) | _____ |
| | - dont les parents ont reçu des conseils sur les soins à donner à cet enfant à domicile | _____ |
| | Malades hospitalisés pour une pneumonie grave qui bénéficient de la prise en charge standard (soins hospitaliers) | _____ |
| 9. | Mauvaise utilisation des antibiotiques valable | _____ |
| 10. | Taux global de prise en charge des cas de pneumonie | _____ |