



Table des matières

1.	Introduction	3
1.1	Qu'est ce que l'initiative « Faire Reculer le Paludisme »	3
1.2	Surveillance et évaluation des programmes de santé	3
2.	Cadre pour la surveillance et l'évaluation de « Faire Reculer le Paludisme »	4
2.1	Principes généraux	5
2.2	Cadre pour la surveillance et l'évaluation	6
3.	Indicateurs de « Faire Reculer le Paludisme »	7
3.1	Définition des cas	9
3.2	Indicateurs de base pour la surveillance et l'évaluation de « Faire Reculer le Paludisme »	9
3.3	Quelques commentaires d'ordre général concernant les indicateurs	10
3.4	Applicabilité des indicateurs aux différentes Régions	13
3.5	Indicateurs mondiaux	13
4.	Quelques méthodes de collecte des données	13
4.1	Surveillance de routine (Systèmes d'information sanitaire)	13
4.2	Systèmes de surveillance démographique	14
4.3	Enquêtes au sein de la communauté et enquêtes ménages	14
4.4	Enquêtes au niveau des formations sanitaires	15
4.5	Etude de documents	16
5.	Planification de la mise en œuvre de la surveillance et de l'évaluation des activités « Faire Reculer le Paludisme » aux niveaux national et régional	16
6.	Elaboration d'instruments pour la collecte des données	16
7.	Annexes	
7.1	Tableau comparatif pour l'utilisation des indicateurs mondiaux dans les Régions OMS	17
7.2	Définitions normalisés des cas de paludisme (Extrait du Rapport , du XXe Comité d'Experts sur le Paludisme, Rapports techniques OMS, Série 892, Genève - 2000)	18
7.3	Tableau des indicateurs mondiaux de base proposés	21
7.4	Bibliographie	28



Faire Reculer le Paludisme,
 Organisation mondiale de la Santé
 20, avenue Appia,
 CH-1211 Genève 27
 SUISSE



E-mail: rbm@who.int Web site: <http://www.rbm.who.int/>

WHO/CDS/RBM/2000.25

© **Faire Reculer le Paludisme/Organisation mondiale de la Santé 2000**

Tous droits réservés.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales. Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent, tableaux et cartes compris, n'impliquent de la part du secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Liste des Abréviations

AFRO	Bureau Régional de l'Afrique	PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
AIM	Initiative Africaine pour la Lutte contre le Paludisme (African Initiative for Malaria)	PIB	Produit Intérieur Brut
AVCI	Année de Vie Corrigée du Facteur Invalidité	R&D	Recherche et Développement
DALY	Disability Ajusted Life Years	RBM	Roll Back Malaria
FRP	Faire Reculer le Paludisme	RO	Recherche Opérationnelle
IEC	Information Education Communication	SI	Système d'Information
IPA	Incidence Parasitaire Annuelle	SIM	Surveillance Intégrée de la Maladie
ME	Médicaments et Produits Essentiels	SIS	Système d'Information Sanitaire
MS	Ministère de la Santé	SR	Santé de la Reproduction
MTI	Matériaux Traités aux Insecticides	SSD	Système de Surveillance Démographique
OMS	Organisation mondiale de la Santé	TBM	Taux brut de Mortalité
		TMP	Taux de Mortalité Palustre



Cadre pour la surveillance des progrès et l'évaluation des résultats et de l'impact

1. Introduction

1.1 Qu'est-ce que l'initiative « Faire Reculer le paludisme » ?

FAIRE RECULER LE PALUDISME (FRP, Roll Back Malaria ou RBM) est une nouvelle initiative mondiale qui a été lancée contre le paludisme. Cette initiative s'inscrit en droite ligne du Plan d'Accélération de la Lutte Antipaludique dans la Région Africaine laquelle reposait sur les stratégies régionale et mondiale de lutte contre le paludisme.

L'objectif de cette initiative est d'alléger le fardeau du paludisme dans les pays participants grâce à des interventions adaptées aux besoins locaux et au renforcement du secteur de la santé. Les principaux moyens d'y parvenir sont l'intensification de l'action nationale par la mise en place de partenariats nationaux ayant des objectifs communs dans le contexte du développement du secteur de la santé et l'utilisation de stratégies et de procédures convenues. Ces partenariats s'appuieront sur d'autres partenariats conclus aux échelons sous-régional, régional et mondial et des réseaux d'appui technique constitués à ces trois niveaux fourniront l'assistance technique nécessaire. Faire Reculer le Paludisme favorisera également la mise au point d'instruments et de stratégies d'intervention plus performants en encourageant les investissements stratégiques dans les activités de recherche, y compris la recherche opérationnelle.

Lancée en octobre 1998, l'initiative a débuté par une phase préparatoire qui s'est achevée en décembre 1999. Au cours de cette période, des réunions de consensus inter pays ont été organisées et le processus de consensus a démarré au niveau de pays. Les activités de lutte antipaludique débiteront prochainement dans de nombreux pays et leur efficacité devra faire l'objet d'une surveillance et d'une évaluation.

La mise au point d'un système efficace de surveillance des progrès et d'évaluation des résultats et de l'impact est indispensable au succès de l'initiative. Faire Reculer le Paludisme devra rendre compte des progrès réalisés, des leçons tirées de l'expérience, de la réduction de la mortalité et de la morbidité, ainsi que de l'impact économique de cette maladie. Ces renseignements seront extrêmement importants pour recenser les domaines dans lesquels il pourrait s'avérer nécessaire de modifier ultérieurement les stratégies d'intervention et l'affectation des ressources aux niveaux national, sous-régional, régional et mondial.

1.2 Surveillance et évaluation des programmes de santé

La surveillance permet de suivre pas à pas les progrès enregistrés par les programmes de santé, au niveau du district ainsi qu'aux niveaux provincial, national, régional et mondial ; notamment pour vérifier si les activités ont été mises en œuvre conformément à ce qui avait été prévu et pour s'assurer que les responsables satisfont à l'obligation de rendre des comptes. Cela permet aussi de détecter tout problème ou tout obstacle éventuel afin de les signaler aux autorités concernées et de les aider à perfectionner leur planification par un choix judicieux des actions ultérieures possibles. Il importe à cette fin de choisir avec soin les indicateurs de fonctionnement.

L'évaluation des résultats et de l'impact permet de rendre compte périodiquement de la mesure dans laquelle certaines stratégies et activités mises en œuvre ont atteint les objectifs fixés en examinant:

- leurs résultats : par exemple, en rassemblant des informations sur, le nombre de personnes qui ont eu recours à un traitement, l'amélioration de la qualité du traitement, les changements intervenus dans les connaissances, les attitudes et le comportement de la population, ou la performance des composantes essentielles du système de soins de santé local, à savoir l'amélioration de la qualité des services, le taux de couverture et l'établissement de relations intersectorielles qui permettent d'apporter les améliorations nécessaires en lieu et temps opportuns.

- leur impact : l'évaluation de l'impact consiste, par exemple, à mesurer l'évolution souhaitée en termes de réduction de la mortalité, de la morbidité ou des pertes économiques. La sélection d'indicateurs d'impact et la collecte des données nécessaires pour le calcul de ces indicateurs sont de loin l'étape la plus difficile dans le processus d'évaluation.

Si ces activités de surveillance doivent être effectuées de façon continue, l'évaluation, en revanche, sera réalisée de manière discontinue. La périodicité de l'évaluation varie de façon considérable en fonction des changements attendus dans les différents secteurs évalués.

OBJECTIFS DES PLANS D'ACTION FRP	QUE FAUT-IL SURVEILLER ET EVALUER	EXEMPLES D'INDICATEURS A SELECTIONNER
PROCESSUS OU FONCTIONNEMENT	Les indicateurs de fonctionnement doivent permettre de vérifier que les activités prévues i) ont bien été réalisées ii) en temps voulu	% du personnel soignant formé à la prise en charge des cas de paludisme et à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
RESULTATS INTERMEDIAIRES LIES AUX INTERVENTIONS PRIORITAIRES DU PROGRAMME	Les indicateurs de résultat doivent refléter l'évolution des connaissances, des attitudes, du comportement ou du nombre de formations sanitaires, prévue dans les objectifs de résultat	% de patients atteints de paludisme simple qui reçoivent un traitement correct, dans une formation sanitaire ou au niveau de la communauté , conformément aux directives nationales, dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes
IMPACT	Réduction de la mortalité et de la morbidité	Taux (cas présumés et confirmés) de mortalité liée au paludisme parmi les groupes cibles

2. Cadre de surveillance et d'évaluation des activités de FRP

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ a élaboré ce projet de cadre en même temps qu'un certain nombre d'indicateurs permettant de suivre en permanence les progrès intervenus et d'évaluer les résultats et l'impact de l'initiative Faire Reculer le paludisme. Ce cadre s'est largement inspiré de l'effort considérable accompli ces dernières années par les bureaux régionaux de l'OMS et des travaux effectués par les Bureaux régionaux de l'Afrique et de la Méditerranée orientale durant la mise en œuvre du Plan d'Accélération de la lutte antipaludique en Afrique en 1997 et 1998. C'est pourquoi, afin d'éviter toute duplication des activités, tous les partenariats nationaux sont invités à utiliser ce cadre général et à en extraire les indicateurs qui leur paraissent les mieux adaptés à leur situation épidémiologique et à leurs stratégies d'intervention.

Etant donné que l'épidémiologie du paludisme est influencée par des facteurs naturels qui ne coïncident pas avec la structure politique des régions de l'OMS, il est très difficile de définir des indicateurs régionaux susceptibles d'être applicables aux trois principales typologies du paludisme :



- les pays de forte endémie, comme l'Afrique subsaharienne ;
- les pays dans lesquels le paludisme est endigué, mais où toutefois il demeure encore un problème, comme par exemple en Asie et en Amérique latine ;
- les pays dans lesquels le paludisme est en voie de disparition et les pays indemnes de paludisme mais qui conservent quelques zones réceptives, par exemple les pays d'Afrique du Nord et les républiques méridionales de l'ex-URSS.

En dépit du caractère extrêmement varié de l'épidémiologie du paludisme entre et à l'intérieur des différentes Régions et des différents pays, le présent cadre propose cinq indicateurs mondiaux, dont trois d'entre eux au moins devraient être utilisés par toutes les Régions.

2.1 Principes généraux

Les principes généraux ci-après ont été pris en considération pour l'élaboration du cadre et des indicateurs:

CONFORMITÉ AVEC LES OBJECTIFS DE FAIRE RECULER LE PALUDISME

Le cadre et les indicateurs doivent avoir un rapport direct avec les objectifs de Faire Reculer le Paludisme. Ils doivent faciliter la surveillance des principales interventions de lutte antipaludique et des efforts entrepris dans ce domaine afin de renforcer le secteur de la santé et permettre l'évaluation de l'impact des activités mises en oeuvre dans le cadre de cette initiative pour alléger le fardeau du paludisme.

PRÉSENTATION DES INFORMATIONS DANS LES DÉLAIS IMPARTIS

Les données doivent être disponibles dans des délais raisonnables tant pendant la phase de mise en oeuvre que pendant la phase de surveillance/évaluation.

FIABILITÉ

Les indicateurs et les critères doivent être homogènes et interdépendants dans l'espace et dans le temps.

STRATÉGIES NORMALISÉES MAIS ADAPTABLES

L'épidémiologie du paludisme, les stratégies d'intervention et le développement du secteur de la santé varient considérablement d'une région à l'autre et d'un pays à l'autre, et cette variation doit être prise en considération dans le processus de surveillance et d'évaluation. C'est pourquoi on a tenté d'élaborer un cadre général qui couvre toutes les situations et de mettre au point une série d'indicateurs de base qui reflètent les différentes situations épidémiologiques du paludisme et les principales interventions. Les pays et les régions peuvent choisir dans cette série d'indicateurs ceux qui correspondent le mieux à leur situation spécifique. Cette manière de procéder garantira la normalisation des indicateurs et des méthodes de l'initiative FRP tout en permettant une certaine adaptation aux variations locales.

COLLECTE D'UN MINIMUM DE DONNÉES

Dans beaucoup de formations sanitaires, la tenue des dossiers et la rédaction de rapports représente une charge de travail excessive alors que la plupart des informations recueillies et transmises ne sont pas utilisées. Dans le cadre de l'initiative Faire Reculer le Paludisme, le volume des données à recueillir devrait être réduit au minimum et seules les données fiables et susceptibles d'être utilisées dans le processus de décision devraient être conservées. Il faudrait, dans la mesure du possible, avoir recours aux mécanismes de collecte de données déjà en place et renforcer la collaboration avec les autres programmes de santé aux échelons national, régional et mondial afin d'éviter la duplication des activités avec des programmes tels que la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant, la Surveillance Intégrée de la Maladie, la Santé de la Reproduction, les Médicaments et Produits Essentiels, la gestion des services de santé, la politique de santé, etc.

RETRO- INFORMATION

En ce qui concerne la collecte des données au niveau de la communauté et du district il convient d'accorder la priorité absolue à la retro-information aux services nationaux de lutte contre le paludisme et au système national de soins de santé. Les informations recueillies aux niveaux de la communauté et du district doivent être assez faciles à obtenir et revêtir un intérêt particulier pour les personnes directement concernées.

LARGE CONSENSUS

L'initiative Faire Reculer le Paludisme est le fruit d'un effort collectif de nombreux partenaires et de nombreux secteurs. Ces partenaires et secteurs seront appelés à participer directement à surveillance et à l'évaluation des activités de l'initiative FRP et un large consensus est indispensable entre toutes les parties concernées sur les stratégies qui seront utilisées à cette fin.

Afin d'obtenir un consensus entre les différents secteurs l'OMS a créé, un groupe multisectoriel de surveillance et d'évaluation des activités de Faire reculer le Paludisme composé des représentants des différents Départements de l'Organisation. Ce groupe a été chargé de:

- proposer un cadre de surveillance et d'évaluation satisfaisant et susceptible d'être accepté par tous les partenaires de Faire Reculer le Paludisme,
- définir, dans la mesure du possible et si nécessaire, des méthodes, des indicateurs et des critères standards,
- sélectionner une série d'instruments qui seront utilisés pour rassembler les données nécessaires pour mesurer les indicateurs mondiaux,
- proposer un guide d'utilisation de ces instruments.

L'élaboration de ce cadre et la définition de ces indicateurs, pour lesquels il a fallu consulter les bureaux régionaux de l'OMS et certains partenaires mondiaux ont pris beaucoup de temps et demandé beaucoup d'efforts. Le fruit de ce travail est un produit qui a réuni un large consensus au sein de l'Organisation et parmi certains partenaires de la première l'heure. Bien qu'il faille maintenir une certaine homogénéité afin de faciliter le suivi des changements au fil des ans, ce document est tout à fait susceptible d'être révisé si besoin est, en fonction des résultats de la première analyse du processus de mise en œuvre des activités de surveillance et d'évaluation.

2.2 Le cadre de surveillance et d'évaluation

Le groupe de surveillance/évaluation a élaboré un projet de cadre de surveillance et d'évaluation qui distingue cinq « domaines d'intervention essentiels » pour suivre le déroulement des activités et évaluer les résultats et l'impact de l'initiative Faire Reculer le Paludisme. Ces cinq domaines, qui ont un rapport direct avec les objectifs de l'initiative, sont les suivants :

- impact sur le fardeau du paludisme (mortalité, morbidité et pertes économiques)
- améliorations de la prévention du paludisme et de la prise en charge de la maladie, y compris la prévention et la lutte contre les épidémies
- développement associé du secteur de la santé
- liaisons intersectorielles à créer ou à renforcer
- appuis et partenariats.

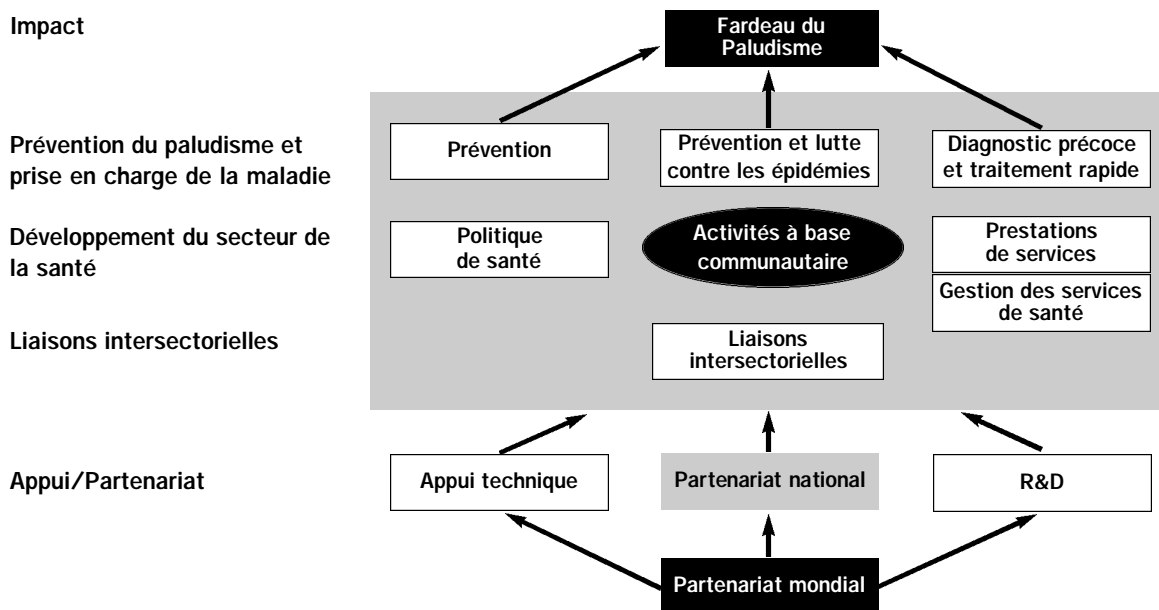
Toutes les régions et tous les pays associés à l'initiative Faire Reculer le Paludisme sont invités à se servir de ce cadre pour mettre au point leur propre système de surveillance et d'évaluation. De cette manière, le cadre serait le même pour tous les pays et toutes les régions, mais à l'intérieur de chaque domaine d'intervention essentiel, les indicateurs pourraient varier selon les sous-régions, les régions et les pays, en fonction de la situation épidémiologique locale du paludisme et des stratégies déployées pour faire reculer le paludisme.

Le diagramme (Cf. page ci-contre) représente le cadre de surveillance et d'évaluation des activités de Faire Reculer le Paludisme tel qu'il a été proposé par le groupe surveillance/évaluation visualise les cinq domaines d'intervention essentiels qui doivent faire l'objet de cette surveillance. Les espaces grisés dans le diagramme correspondent aux activités de surveillance et d'évaluation au niveau des pays.

Ce cadre décrit les principales composantes de l'initiative Faire Reculer le Paludisme, en particulier au niveau des pays. Le principal objectif de l'initiative étant de réduire le fardeau du paludisme, l'un des secteurs essentiels à évaluer est de toute évidence l'impact des activités de FRP sur le fardeau de la maladie, en terme de mortalité, morbidité et de répercussions économiques. Cet allègement peut être obtenu grâce à des interventions mises en œuvre par le partenariat national FRP et ce partenariat est un autre secteur critique qu'il convient de surveiller et d'évaluer. Les



Domaines d'intervention essentiels pour la surveillance et l'évaluation de l'initiative Faire Reculer le Paludisme



interventions à mettre en œuvre différent en fonction de la situation épidémiologique du paludisme et de l'état de développement du secteur de la santé.

Toutefois, les interventions spécifiques de lutte antipaludique porteront sur les domaines ci-après :

- la prévention, c'est-à-dire la prévention du paludisme pendant la grossesse, l'utilisation des matériaux imprégnés d'insecticide et d'autres mesures de lutte antivectorielle ;
- le diagnostic précoce et le traitement rapide de la maladie ;
- la prévention et la lutte contre les épidémies dans les régions exposées et dans les situations favorables à l'apparition d'épidémies ;
- les activités à base communautaire ;
- la recherche opérationnelle.

Pour pouvoir mettre en place ces interventions, il importe de renforcer et par conséquent de surveiller et d'évaluer les différentes composantes du secteur de la santé, à savoir les politiques de santé, la gestion des systèmes de santé et les prestations de services, en particulier dans les établissements de santé de premier recours. Compte tenu de l'importance et de la complexité de l'enjeu que représente la lutte contre le paludisme, le secteur de la santé n'est pas le seul à être concerné et les activités de surveillance et d'évaluation doivent aussi porter sur la participation d'autres secteurs importants comme l'agriculture, l'enseignement ou la météorologie.

Ces interventions nécessitent l'appui de la communauté internationale et c'est pourquoi il convient de surveiller et d'évaluer aussi d'autres secteurs critiques, notamment les ressources déployées à tous les niveaux, l'appui technique fourni aux pays et l'efficacité des activités de recherche et de développement axées sur l'élaboration de nouveaux moyens et de nouvelles stratégies de lutte.

3. Indicateurs de « Faire Reculer le Paludisme »

LE PRINCIPAL SYSTÈME de surveillance et d'évaluation des activités de l'initiative FRP aux niveaux sous-régional et régional ainsi qu'à celui des pays devrait être fondé sur un petit nombre d'indicateurs de base pour chacun des domaines d'intervention essentiels définis dans le cadre de la surveillance et de l'évaluation. Ces indicateurs devraient être axés sur les interventions et fournir des renseignements utiles pour les mesures à prendre au niveau opérationnel requis, et en

Quelques indicateurs de base de Faire Reculer le Paludisme

I.IMPACT

- Taux brut de mortalité parmi les groupes cibles
- Taux de mortalité par paludisme (probable et confirmé) parmi les groupes cibles
- Pourcentage des décès attribués au paludisme, probable et confirmé, chez les patients hospitalisés atteints de paludisme grave
- Nombre de cas de paludisme grave (probables et confirmés) parmi les groupes cibles
- Nombre de cas de paludisme simple (probables et confirmés) parmi les groupes cibles
- Incidence Parasitaire Annuelle parmi les groupes cibles (selon les Régions/en fonction de la situation épidémiologique)

II.PRÉVENTION DU PALUDISME ET PRISE EN CHARGE DES CAS

Prévention

- Pourcentage de pays ayant inscrit les pyréthrinoïdes utilisables en santé publique et les matériaux imprégnés d'insecticide dans la liste des médicaments et produits essentiels
- Pourcentage de prestataires de services (personnel de santé, agents de santé communautaires, ...) formés aux techniques d'imprégnation des moustiquaires et/ou aux techniques de pulvérisation intra-domiciliaire, conformément à la politique nationale
- Pourcentage de foyers possédant au moins une moustiquaire imprégnée
- Pourcentage de femmes enceintes ayant suivi une chimioprophylaxie ou un traitement antipalustre intermittent, conformément à la politique nationale des médicaments
- Pourcentage des agents de santé assurant des consultations prénatales qui ont été formés au traitement intermittent du paludisme chez les femmes enceintes

Prévention et lutte contre les épidémies

- Pourcentage des pays dans lesquels il existe des zones ou des situations à risque épidémique qui disposent d'un plan d'action national pour la détection précoce et la lutte contre les épidémies
- Pourcentage des épidémies de paludisme détectées dans les deux semaines qui suivent son éclatement et correctement maîtrisées

Diagnostic précoce et traitement rapide

- Pourcentage du personnel soignant formé à la prise en charge des cas de paludisme et à la Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
- Pourcentage des formations sanitaires capables de confirmer le diagnostic de paludisme, conformément à la politique nationale (microscopie, test rapide, etc.)
- Pourcentage des patients hospitalisés pour paludisme grave qui reçoivent un traitement antipalustre et un traitement symptomatique corrects, conformément aux directives nationales
- Pourcentage des patients atteints de paludisme simple qui reçoivent un traitement correct, dans une formation sanitaire ou au niveau de la communauté, conformément aux directives nationales et dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes

III.DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Politique de santé

- Pourcentage de districts ayant des plans d'action qui reflètent la politique nationale de santé
- Pourcentage des districts qui utilisent des informations sanitaires à des fins de planification
- Pourcentage des pays ayant une politique de couverture universelle prévoyant un paquet d'interventions minimum qui incluent des activités de lutte antipaludique pertinentes

Prestation de services

- Pourcentage de formations sanitaires n'ayant enregistré au cours des trois derniers mois aucune rupture de stock de plus d'une semaine pour les antipaludéens prévus par la politique nationale des médicaments

Activités à base communautaire

- Pourcentage des pays ayant adopté des directives nationales pour la prévention et le traitement du paludisme, qui prévoient la formation de tout le personnel du secteur informel, des recommandations sur le traitement à domicile de tous les cas de fièvre/paludisme, la reconnaissance des signes de danger les plus fréquents, la prévention du paludisme pendant la grossesse et l'utilisation des matériaux imprégnés d'insecticide
- Pourcentage des villages/communautés qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé à la prise en charge des cas de fièvre et à la reconnaissance d'une maladie fébrile grave
- Pourcentage de mères et de personnes ayant la garde d'enfants qui sont capables de reconnaître les symptômes et les signes de danger chez un enfant fébrile de moins de cinq ans



IV. LIAISONS INTERSECTORIELLES

- Pourcentage de pays dans lesquels ont été mis en place des partenariats pluri-sectoriels et inter-institutionnels
- Pourcentage de pays ayant instauré des liens de collaboration officiels entre les instituts de recherche et le Ministère de la Santé et ayant élaboré un calendrier de recherche qui comprend des sujets d'intérêt pour la santé publique

V. APPUI/PARTENARIAT

- Pourcentage de pays ayant un plan d'action Faire Reculer le Paludisme approuvé et financé par les donateurs
- Pourcentage de pays disposant de sites sentinelles opérationnels pour la surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques de première et de deuxième intentions
- ombre d'antipaludiques en phase III de développement

particulier au niveau du district. Après avoir examiné de nombreux documents et à l'issue d'un processus de consultation, le groupe surveillance/évaluation de Faire Reculer le Paludisme a proposé une série d'indicateurs de base correspondant à chacun des domaines d'intervention essentiels qui sont définis dans le cadre de surveillance et d'évaluation.

3.1 Définitions des cas

La grande variété qui caractérise les données recueillies et notifiées sur le paludisme par les différents programmes de lutte antipaludique rend difficile toute comparaison entre pays. Cependant, ainsi que le déclare le Comité OMS d'experts du Paludisme dans le rapport de sa vingtième session: « ... un accord sur des définitions standard de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme ainsi que sur un nombre limité d'« indicateurs » susceptibles d'être utilisés dans toutes les situations pour surveiller les activités de lutte antipaludique représenterait un important pas en avant. Le fait d'utiliser des indicateurs de base n'empêche pas les pays de rassembler toute autre information qui leur paraît nécessaire pour suivre l'exécution de leurs propres plans d'action contre le paludisme. »

Par conséquent, il serait utile que des groupes de pays ou des sous-régions ayant des situations épidémiologiques analogues et utilisant les mêmes stratégies d'intervention choisissent un nombre minimum d'indicateurs identiques. Cela faciliterait grandement, à l'échelle mondiale, la surveillance des initiatives régionales visant à faire reculer le paludisme ainsi que les analyses interpays des progrès accomplis au niveau régional. Il serait par ailleurs souhaitable que les données concernant la mortalité et la morbidité soient, le cas échéant, désagrégées en fonction de l'âge, du sexe et du statut socio-économique.

Il est en outre fortement recommandé d'utiliser les définitions officielles applicables aux formes de paludisme simple et de paludisme grave ainsi que les définitions des échecs thérapeutiques et de certains autres indicateurs telles que formulées dans le rapport susmentionné de l'OMS (Cf. Réf.8 et Annexe 2). Ces définitions diffèrent dans les pays selon que le diagnostic parasitologique est possible ou non.

3.2 Indicateurs de base proposés pour la surveillance et l'évaluation des activités de l'initiative Faire Reculer le Paludisme

Une liste provisoire d'indicateurs de base utilisables à l'échelon national et/ou régional est proposée pour chacun des domaines d'intervention essentiels dans l'encadré ci-après. L'annexe 3 contient une description détaillée des indicateurs proposés et classés en indicateurs d'impact, de résultat et de fonctionnement. Pour chaque indicateur, ce tableau propose une définition opérationnelle et précise la méthode de collecte de données, la source d'information, le niveau de collecte de données et la périodicité de cette collecte, en y ajoutant quelques observations.

Comme on l'a déjà dit, il est proposé que chaque région, chaque sous-région ou chaque pays ne choisisse dans cette liste que les indicateurs qui lui paraissent importants compte tenu de l'épidémiologie locale et des stratégies d'intervention mises en œuvre. Pour chacun des domaines d'intervention essentiels du cadre il serait bon de choisir au moins deux indicateurs: un indicateur de fonctionnement et un indicateur de résultat.

3.3 Quelques commentaires d'ordre général concernant les indicateurs

INDICATEURS D'IMPACT

Six indicateurs de base sont proposés dans le présent cadre : trois pour la mortalité et trois pour la morbidité.

Mortalité

L'objectif de Faire Reculer le Paludisme est « de réduire le fardeau du paludisme grâce à des interventions adaptées aux besoins locaux et au renforcement du secteur de la santé ». Étant donné que la mortalité palustre est le facteur qui pèse le plus lourd dans le fardeau du paludisme mesuré en AVCI (DALY) il est proposé d'utiliser la mortalité palustre comme principal indicateur d'impact pour Faire Reculer le Paludisme.

Les indicateurs de mortalité pertinents dans les zones d'endémie sont le taux brut de mortalité (TBM) et le taux de mortalité palustre (TMP) chez les enfants âgés de 0 à 59 mois, par âge et par sexe.

Il est recommandé d'utiliser ces deux indicateurs pour les raisons suivantes :

- dans certains cas, l'évolution du taux brut de mortalité est facile à mesurer alors que tel n'est pas le cas pour le taux de mortalité palustre : il n'est pas toujours certain que les décès recensés dans les enquêtes puissent être réellement imputables au paludisme ;
- lorsque le taux brut de mortalité est faible, les mesures de lutte antipaludique peuvent avoir des effets indirects aussi bien que des effets directs en réduisant le nombre de décès imputables en partie à d'autres maladies ; il est hautement souhaitable de quantifier ces résultats indirects supplémentaires ;
- lorsque le taux brut de mortalité est élevé, le paludisme est parfois un « risque compétitif », auquel cas une diminution du nombre de décès imputables au paludisme peut être compensée par une augmentation du nombre de décès liés à d'autres maladies ; lorsqu'il n'y a aucune évolution mesurable du taux brut de mortalité, il est important de pouvoir reconnaître s'il s'agit d'un échec des mesures de lutte antipaludiques ou d'une compensation entre différents types de décès ;

Un certain nombre de mesures de lutte antipaludiques ne concernent pas uniquement le paludisme, par exemple, la prise en charge de l'anémie au cours de la grossesse.

N. B. : Dans l'Afrique subsaharienne où *Plasmodium falciparum* est prédominant, le taux de létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ou parmi d'autres groupes cibles sera évalué dans un petit nombre de sites sentinelles (hôpitaux nationaux ou de district).

Morbidité

Bien que la cible de Faire Reculer le Paludisme à l'échelle mondiale ait été exprimée en terme de mortalité (réduction de 50 % des décès d'ici 2010), de nombreux pays devront définir des indicateurs de morbidité en tant que cibles d'impact.

En Afrique subsaharienne et dans les autres Régions où *Plasmodium falciparum* est déjà présent ou est en train de réapparaître, le nombre de cas de paludisme grave ou de paludisme cérébral notifiés annuellement est un bon indicateur pour mesurer indirectement l'efficacité du traitement du paludisme simple, tant dans les formations sanitaires qu'à l'échelon de la communauté. Dans de nombreux pays, les seules données qui sont actuellement communiquées régulièrement sont le nombre de cas de paludisme (formes simples et graves) et la majorité de ces cas reposent plus sur un diagnostic présomptif que sur un diagnostic parasitologique.

Certes ces données sont limitées et ne représentent bien souvent qu'une petite proportion des cas de paludisme. Toutefois si le système de notification ne s'améliore pas, il suffira de tenir compte de ces limites pour établir à partir des données disponibles des estimations du poids total de la morbidité au sein de la communauté et pour repérer les tendances au fil des années.

En dehors de l'Afrique subsaharienne et de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'« indicateur de base » le plus performant est l'Incidence Parasitaire Annuelle, c'est-à-dire le nombre de cas de paludisme confirmés microscopiquement par an, par unité de population, âge, sexe et espèce plasmodiale, qui sont notifiés par le système de surveillance de routine. De nombreux pays d'Europe, d'Asie,



d'Océanie, d'Afrique du Nord et d'Amérique latine ont montré qu'il étaient capables de mesurer l'IPA par la surveillance de routine (patients présentant des symptômes et consultant les services de santé) et de différencier microscopiquement les espèces plasmodiales.

Un indicateur de morbidité sera utile aux pays lorsque l'objectif principal est de réduire l'incidence, une réduction de l'incidence devant se traduire par une diminution du nombre de décès. En outre, il existe de nombreux pays dans lesquels le nombre de cas de paludisme est très élevé, mais le nombre de décès très bas, notamment dans les pays où *P. vivax* est prédominant et dans les pays où la plupart des cas à *P. falciparum* sont correctement traités.

Pertes économiques

Le paludisme a de graves répercussions économiques pour les familles qui ne sont pas en mesure d'assumer les coûts du traitement, de la prévention et du manque à gagner. De plus, les pays d'endémie sont obligés de puiser dans leurs maigres réserves de devises fortes pour se procurer les médicaments, les moustiquaires et les insecticides nécessaires à la lutte contre le paludisme. Selon les estimations publiées dans une étude récente réalisée par Harvard à la demande de FRP, le PIB de l'Afrique serait de 32 % supérieur à ce qu'il est aujourd'hui si la lutte antipaludique avait été plus efficace il y a 35 ans. Etant donné que l'évaluation du poids économique du paludisme est une question d'une complexité extrême, Faire Reculer le Paludisme a chargé un groupe de travail spécial d'élaborer des indicateurs et des lignes directrices permettant de suivre l'évolution de ce poids économique dans les foyers, au niveau des pays et au niveau macro-économique. Les recommandations de ce groupe de travail devraient être rendues publiques vers la fin de l'an 2000 et publiées sans la forme d'un additif au présent document.

PRÉVENTION DU PALUDISME ET PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE


Prévention

Les indicateurs de base proposés pour la prévention du paludisme se rapportent aux principales interventions qui visent à réduire le poids du paludisme à l'échelle mondiale.

- Ainsi, bien que les moustiquaires ou autres matériaux imprégnés d'insecticide ne soient pas utilisés dans tous les pays, cette intervention est considérée comme essentielle pour réduire la mortalité et la morbidité palustres, notamment chez les enfants et les femmes enceintes dans les régions d'Afrique où la transmission est stable. Dans les zones où la transmission est instable, les autres groupes d'âge devront être pris en considération.
- L'administration d'un traitement préventif intermittent pendant la grossesse est recommandée car elle permet de limiter les conséquences du paludisme chez les femmes enceintes dans les zones de forte endémie, en particulier pendant les première et deuxième grossesses. A l'heure actuelle, seuls quelques pays africains ont inclus le traitement préventif intermittent dans leur politique nationale. Il est nécessaire de disposer de données fiables sur l'efficacité du traitement préventif intermittent pendant la grossesse et sur la chimioprophylaxie là où elle est utilisée. Il est souhaitable que d'autres pays adoptent à leur tour le traitement préventif intermittent.

Prise en charge de la maladie

Un diagnostic précoce et un traitement approprié sont les meilleurs moyens de lutter contre le paludisme. Les huit indicateurs de base proposés ici (dont cinq de résultat et trois de fonctionnement) fourniront des informations sur l'évolution de la qualité de la prise en charge de la maladie et permettront aux autorités nationales de prendre, le cas échéant, les mesures nécessaires. L'un des indicateurs de résultats est défini comme le « Pourcentage de patients atteints de paludisme simple qui reçoivent un traitement correct, dans une formation sanitaire ou au niveau de la communauté, selon les directives nationales, dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes ». Lorsqu'il existe un laboratoire et des services cliniques compétents et que ceux-ci sont bien utilisés, cet indicateur pourra être limité aux cas de paludisme simple confirmés par un examen parasitologique. Toutefois, dans les zones de forte endémie, les services de santé sont moins nombreux, peu utilisés et plus de 80 % des cas sont pris en charge à domicile. Il sera donc préférable, dans ces régions, d'utiliser un indicateur comme le « Pourcentage des mères et des personnes ayant la garde d'enfants de moins de cinq ans qui déclarent **au niveau de la communauté** que des antipaludiques de première intention ont été administrés au patient dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition de la fièvre ou que le patient a été conduit dans un centre de santé ».



Les résultats préliminaires des premières enquêtes destinées à pré-tester les outils qui vont servir à mesurer ces paramètres au niveau communautaire révèlent que dans les régions d'endémie en Afrique, moins de 7 % des enfants fébriles reçoivent un traitement antipaludique correct. L'évaluation des progrès enregistrés dans ce domaine sera extrêmement importante.

PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES DE PALUDISME DANS LES ZONES ET DANS LES SITUATION À RISQUE ÉPIDÉMIQUE

L'un des meilleurs indicateurs pour les zones et les situations à risque épidémique est la détection précoce de l'épidémie, à savoir dans les deux semaines qui suivent la notifications des premiers cas, et la mise en œuvre de mesures de lutte appropriées. Cela suppose, selon la politique nationale, un traitement correct des cas et des mesures de lutte antivectorielle adéquates comme l'utilisation de matériaux imprégnés d'insecticide et/ou les pulvérisations intradomiciliaires.

Développement du secteur de la santé

Les deux indicateurs de base proposés pour le développement du secteur de la santé (dont un de résultat et un de fonctionnement) ne concernent pas spécifiquement le paludisme mais se rapportent aussi à des questions relevant de l'ensemble du secteur de la santé qu'il convient d'aborder afin de garantir l'efficacité de la lutte antipaludique. Ces deux indicateurs mesurent l'existence de politiques de santé pertinentes et la mise en œuvre de ces politiques au niveau opérationnel (en général, au niveau du district). Il est aussi proposé de s'assurer que ces unités opérationnelles sont dotées des ressources et du personnel spécialisé nécessaires pour mettre en œuvre les politiques et fournir les services de base (les premiers essais ont révélé que dans certains districts sanitaires les dépenses de personnel représentaient plus de 95 % du budget et qu'il ne restait pratiquement plus d'argent pour financer la fourniture des services). On trouvera ci-après deux exemples d'indicateurs se rapportant aux services liés au paludisme et à la prise en charge de la maladie :

- « Le pourcentage de formations sanitaires n'ayant enregistré au cours des trois derniers mois aucune rupture de stock de plus d'une semaine pour les antipaludiques prévus par la politique nationale des médicaments ».
- Dans les pays où cela est prévu par la politique nationale : « Présence d'un laboratoire de parasitologie fonctionnel, c'est d'un laboratoire doté d'un microscope fonctionnel, d'au moins une personne possédant la formation nécessaire, de réactifs et du petit matériel tels que prévus dans la politique nationale ».

LIAISONS INTERSECTORIELLES

Du fait que la mise en œuvre des activités de FRP nécessite l'accord et la participation de secteurs autres que celui de la santé (par ex. éducation, finances, environnement, agriculture, etc.), il importe de surveiller et d'évaluer la collaboration entre ces secteurs. Il est proposé de suivre la collaboration entre les instituts nationaux de recherche et le ministère de la santé dans le domaine de la recherche opérationnelle, car la collaboration entre les secteurs de la recherche et de la lutte est généralement très peu développée. Il faudra également veiller à ce que la prévention du paludisme et la nécessité d'avoir recours aux soins en cas de maladie soient enseignées à l'école primaire dans les régions d'endémie et à ce que les facteurs de risque environnementaux liés au paludisme soient pris en compte dans la planification des grands projets de développement.

ACTIVITÉS À BASE COMMUNAUTAIRE

La participation de la communauté est très importante dans la plupart des régions. Du fait que l'évolution des connaissances, des comportements et des attitudes dépend de nombreux facteurs qui diffèrent d'un endroit à l'autre, il sera nécessaire de définir des indicateurs à l'échelon local. Quelques exemples d'indicateurs de ce type sont proposés ici afin d'aider les régions et les pays à définir ceux qui leur conviennent le mieux en fonction de leur contexte sociologique local.

PARTENARIAT ET APPUIS

Un partenariat national efficace est indispensable au succès de l'initiative Faire Reculer le Paludisme. Il serait donc souhaitable de s'assurer que les partenariats nationaux réunissent véritablement tous les partenaires potentiels et que ces partenaires génèrent les ressources nécessaires pour faire reculer le paludisme dans les pays par un système de traçage.

En ce qui concerne l'appui technique, il s'agira d'évaluer dans quelle mesure les pays en sont satisfaits.



Le principal indicateur composite pour la surveillance des partenariats mondiaux, régionaux et nationaux est le pourcentage de pays ou de districts dans lesquels le paludisme est endémique, qui possèdent des stratégies bien définies de santé pour tous, qui ont alloué explicitement des ressources aux activités de FRP, et dont les besoins en ressources extérieures sont régulièrement et suffisamment satisfaits par les partenaires.

RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT

Pour la recherche-développement, on a sélectionné les deux indicateurs de base qui paraissent les plus pertinents à court et moyen termes.

3.4 *Applicabilité des indicateurs aux différentes régions*

La surveillance des activités de FRP à l'échelon national et mondial consistera principalement à rassembler les résultats correspondant aux indicateurs retenus par chaque pays.

3.5 *Indicateurs mondiaux*

Si le plupart des indicateurs varient selon les pays, cinq d'entre eux sont jugés si importants qu'ils ont été sélectionnés comme indicateurs mondiaux. Il serait souhaitable que tous les pays participant à l'initiative « Faire reculer le paludisme » utilisent ces indicateurs mondiaux à chaque fois qu'ils sont applicables. Les cinq indicateurs mondiaux sont :

- ❶ **Le taux de mortalité par paludisme (cas présumés et confirmés) parmi les groupes cibles (moins de cinq ans et autres groupes cibles)**
- ❷ **Le nombre de cas de paludisme simple et grave (cas présumés et confirmés) parmi les groupes cibles (moins de cinq ans et autres groupes cibles)**
- ❸ **Le pourcentage de foyers possédant au moins une moustiquaire imprégnée**
- ❹ **Le pourcentage de patients atteints de paludisme simple qui reçoivent un traitement correct, dans une formation sanitaire ou au niveau de la communauté, selon les directives nationales, dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes**
- ❺ **Le pourcentage de formations sanitaires n'ayant enregistré au cours des trois derniers mois aucune rupture de stock de plus d'une semaine pour les antipaludiques prévus par la politique nationale des médicaments**

Ainsi qu'on l'a déjà vu, la sélection des indicateurs de base pour une région donnée dépendra du profil épidémiologique, des infrastructures sanitaires et des stratégies locales d'intervention. L'annexe 1 précise dans quelle mesure les indicateurs mondiaux proposés pour les activités de Faire Reculer le Paludisme peuvent être utilisés dans les pays des différentes régions du monde, selon la classification de l'OMS. Ce tableau devrait permettre aux pays d'une même région ou sous-région d'adopter des groupes d'indicateurs analogues, ce qui faciliterait grandement la mise en œuvre de la surveillance et de l'évaluation des activités dans une Région donnée.

4. *Principales méthodes de collecte de données*

IL EXISTE cinq principales méthodes pour collecter les données nécessaires au calcul des indicateurs proposés pour la surveillance des activités de FRP :

- le système classique d'information sanitaire,
- les systèmes de surveillance démographique,
- les enquêtes au niveau de la communauté,
- les enquêtes au niveau des formations sanitaires, et
- l'étude de documents.

L'encadré ci-dessous regroupe quelques uns des indicateurs proposés pour la surveillance des activités de Faire Reculer le Paludisme en fonction de la méthode de collecte de données qui convient le mieux à chacun d'entre eux.

4.1 *Surveillance de routine (système d'information sanitaire)*

Les systèmes de soins de santé et les systèmes d'information sanitaire sont bien développés dans plusieurs pays d'endémie palustre en Asie, en Amérique et en Europe, mais seulement dans un petit nombre de pays en Afrique. Il existe bien souvent des systèmes de notification efficaces qui sont



Liste non exhaustive d'indicateurs FRP par méthode de collecte de données

Surveillance de routine (systèmes d'information sanitaire)

- Taux brut de mortalité parmi les groupes cibles
- Taux de mortalité par paludisme (cas présumés et confirmés) parmi les groupes cibles
- Nombre de cas de paludisme simple (cas présumés et confirmés) parmi les groupes cibles
- Incidence Parasitaire Annuelle parmi les groupes cibles (selon les régions /en fonction de la situation épidémiologique)
- Pourcentage des épidémies de paludisme détectées dans les deux semaines qui suivent leur éclatement et dûment maîtrisées.

Systèmes de surveillance démographiques (Afrique)

- Taux brut de mortalité parmi les groupes cibles
- Taux de mortalité par paludisme (cas présumés et confirmés) parmi les groupes cibles

Enquêtes au niveau de la communauté

- Pourcentage de femmes enceintes ayant suivi une chimioprophylaxie ou un traitement antipalustre intermittent, conformément à la politique nationale
- Pourcentage de patients atteints de paludisme simple qui reçoivent un traitement correct au niveau de la communauté selon les directives nationales et dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition des symptômes
- Pourcentage des mères ou des personnes ayant la garde d'enfants qui sont capables de reconnaître les symptômes et les signes de danger chez un enfant fébrile de moins de cinq ans
- Pourcentage de foyers possédant au moins une moustiquaire imprégnée

Enquêtes au niveau des formations sanitaires

- Pourcentage de formations sanitaires n'ayant enregistré au cours des trois derniers mois aucune rupture de stock de plus d'une semaine pour les antipaludiques retenus par la politique nationale des médicaments
- Pourcentage de formations sanitaires capables de confirmer le diagnostic de paludisme conformément à la politique nationale (microscopie, test rapide, etc.)

Etude de documents

- Pourcentage de districts qui utilisent des informations sanitaires à des fins de planification
- Pourcentage de pays ayant inscrit les pyréthriinoïdes utilisables en santé publique et les matériaux imprégnés d'insecticide dans la liste des médicaments et produit essentiels
- Pourcentage des pays ayant établi des liens officiels de collaboration entre les instituts de recherche et le ministère de la santé, et ayant élaboré un agenda de recherche comprenant des sujets de santé publique
- Pourcentage des pays ayant une politique de couverture universelle prévoyant un paquet minimum d'interventions qui inclue des activités de lutte antipaludique pertinentes

suffisants pour les activités de FRP. En Afrique, où les systèmes d'information sanitaire ne sont guère développés, ces données peuvent être trouvées dans certains hôpitaux de district et dans des hôpitaux de référence. Il est donc possible d'obtenir par ce canal des informations permettant de suivre l'évolution du taux brut de mortalité et du taux de mortalité palustre.

4.2 Systèmes de surveillance démographique

Les systèmes de surveillance démographique qui fonctionnent par l'intermédiaire de sites sentinelles constituent, en Afrique, une possibilité de suivre l'évolution de la mortalité liée au paludisme car la qualité et la fiabilité des informations recueillies par l'intermédiaire des systèmes d'information sanitaire sont sujettes à caution et permettent rarement d'obtenir des renseignements sur la charge que représente le paludisme à l'échelon communautaire. Il existe actuellement 28 sites opérationnels dans 14 pays africains, qui sont regroupés dans un réseau baptisé INDEPTH lequel travaille à la standardisation de la méthodologie. En raison de la nécessité de disposer d'une information fiable sur l'évolution de la mortalité palustre, FRP a décidé d'appuyer son appui au réseau INDEPTH pour lui permettre d'étendre le champ d'activités de ses sites africains à la surveillance de la mortalité palustre.

4.3 Enquêtes au niveau de la communauté et enquêtes ménages

Les renseignements recueillis auprès de la communauté sur les mesures préventives et les traitements administrés aux malades sont indispensables pour surveiller l'efficacité des



interventions visant à faire reculer le paludisme, et en particulier pour suivre les résultats et les répercussions des mesures adoptées dans les régions où la majorité des cas sont pris en charge à domicile et où le poids du paludisme est généralement le plus élevé. Des enquêtes communautaires ont déjà été effectuées dans certains pays, mais il faut que d'autres pays suivent cet exemple. Les enquêtes de ce genre demandent beaucoup de temps et peuvent s'avérer coûteuses. C'est pourquoi elles ne peuvent être réalisées que dans certains sites sentinelles de chaque pays, et à deux à trois ans d'intervalle. Plusieurs études en cours ont déjà permis de recueillir auprès de la communauté des informations sur les indicateurs proposés. Ainsi, les enquêtes démographiques et sanitaires, financées par l'USAID et exécutées par MACRO, comportent désormais un module sur le paludisme qui permet de récolter auprès de la communauté des informations sur un certain nombre d'indicateurs FRP. Il en va de même de l'enquête par grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF, mise en œuvre dans un grand nombre de pays au cours de l'année 2000. Enfin, FRP a mis au point une méthode d'analyse de la situation par des instruments qui permettent d'évaluer au niveau de la communauté les valeurs correspondant à des indicateurs tels que le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui dorment sous moustiquaire imprégnée, l'administration d'un traitement intermittent aux femmes enceintes, l'administration d'un traitement rapide et correct aux enfants fébriles et l'action communautaire contre le paludisme. Huit pays ont déjà entrepris une analyse de la situation au cours de l'année 2000 dans le cadre de l'élaboration de leur stratégie Faire Reculer le Paludisme et les informations qui seront obtenues permettront de disposer d'une importante base de données sur les principaux indicateurs Faire Reculer le Paludisme.


Les enquêtes spécialisées ne sont pas durables en ce qui concerne le recueil des données au niveau de la communauté. Faire Reculer le Paludisme soutiendra donc l'élaboration d'autres méthodes qui permettront aux systèmes d'information sanitaire de recueillir régulièrement des informations au niveau de la communauté, tout en permettant en outre à la communauté elle-même de suivre l'évolution des principaux indicateurs.

4.4 Evaluation des formations sanitaires

Les bureaux régionaux OMS ont conçu des systèmes de surveillance et d'évaluation pour suivre les progrès, évaluer les résultats et l'impact de leurs stratégies régionales respectives de lutte contre le paludisme. Les systèmes, indicateurs et instruments propres à chaque Région ont été expérimentés sur le terrain, révisés et adaptés aux situations particulières de chaque pays à l'intérieur des différentes Régions. Ces systèmes servent de base aux rapports établis par chaque pays sur la charge du paludisme. De plus, un guide pour l'évaluation de la mise en œuvre des programmes destinés à promouvoir l'utilisation des moustiquaires et autres matériels imprégnés d'insecticide dans la Région OMS de l'Afrique est actuellement expérimenté sur le terrain dans 14 pays.

Dans le contexte de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant, une méthodologie et des instruments en vue de réaliser une évaluation multipays de la prise en charge intégrée des enfants malades ont également été élaborés et testés. Les instruments en question portent notamment sur l'étude des compétences cliniques du personnel de santé ainsi que sur les stocks de médicaments et de matériel disponibles dans les établissements de santé. Ce type d'évaluation fournit toute les informations nécessaires pour les indicateurs proposés pour le suivi des activités de FRP au niveau des formations sanitaires. L'avantage de la stratégie utilisée dans le cadre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est que l'on n'analyse pas uniquement les compétences nécessaires pour la prise en charge du paludisme, mais que l'on considère la prise en charge de toutes les maladies de l'enfant, y compris le paludisme. Par conséquent, il est recommandé d'utiliser, pour la surveillance des formations sanitaires, les sections pertinentes de la méthode d'évaluation de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ou, le cas échéant, de se fonder sur les résultats de cette évaluation. L'utilisation de cette méthode nécessite certaines compétences et n'est pas possible dans toutes les formations. Par conséquent, il est recommandé de procéder simultanément à une étude dans le centre de santé et à des enquêtes au sein de la communauté, dans les mêmes districts et aux mêmes intervalles.

Dans le cas où l'on n'a pas sélectionné l'indicateur sur les compétences techniques du personnel de santé, la procédure d'analyse de la formation sanitaire devient beaucoup plus facile et consiste simplement à vérifier que les antipaludiques nécessaires sont disponibles et qu'il existe un laboratoire de parasitologie. Cette analyse simplifiée peut être réalisée dans le cadre de la



supervision de routine ou peut être facilement combinée avec des enquêtes communautaires. Toutefois, il est souhaitable que les compétences techniques du personnel de santé soient évaluées au moins tous les deux ans.

4.5 Etude de documents

C'est la méthode de collecte de données la plus facile à utiliser et la plus économique. Il faut seulement que les documents nécessaires existent et soient disponibles, ce qui peut nécessiter quelques efforts et quelques déplacements. Il importe en outre de conserver des exemplaires des documents pertinents afin de pouvoir les produire à l'appui des résultats de la surveillance des indicateurs sélectionnés.

5. Planification de la mise en œuvre de la surveillance des activités de FRP aux niveaux des régions et des pays

LES PRINCIPALES INTERVENTIONS destinées à faire reculer le paludisme sont entreprises par des partenariats nationaux de FRP dans les pays où le paludisme est endémique, avec l'appui technique d'équipes inter pays et/ou du Bureau régional si nécessaire. La surveillance de la mise en œuvre des activités et l'évaluation des résultats et de l'impact de ces interventions doivent donc aussi relever de la responsabilité des partenariats nationaux et régionaux.

Il est recommandé que chaque partenariat national, régional ou sous-régional examine le cadre et les indicateurs proposés, décide s'il souhaite suivre le déroulement et évaluer les résultats et l'impact de ses interventions, choisisse parmi la liste d'indicateurs FRP proposés ceux qu'il souhaite adopter et décide comment et quand il utilisera les résultats de la surveillance pour la prise de décision en vue de faire reculer le paludisme. Les partenariats nationaux devraient aussi évaluer les coûts prévisibles de la mise en œuvre des systèmes de surveillance choisis et déterminer de quelle manière ils seront couverts. Le partenariat mondial fournira des ressources au réseau INDEPTH de surveillance de la mortalité liée au paludisme en Afrique. Le coût des autres activités de surveillance au niveau des pays devra être pris en charge par les partenariats nationaux. L'OMS et les autres partenaires mondiaux fourniront aux partenariats régionaux et nationaux qui en font la demande une assistance technique pour la surveillance et les instruments de collecte de données pour les indicateurs sélectionnés.

6. Elaboration d'instruments pour la collecte de données

LA SUPERVISION, la surveillance et l'évaluation sont des composantes du processus gestionnaire et ces opérations doivent être effectuées régulièrement pour évaluer le déroulement de l'initiative Faire déroulement le paludisme à tous les niveaux et pour identifier les obstacles et les problèmes.

Il faut par conséquent élaborer des instruments ou adapter les instruments existants pour permettre la collecte de données.

Outre la sélection des indicateurs, certains critères importants doivent être pris en considération dans l'élaboration des instruments, à savoir que ceux-ci doivent être :

- faciles à utiliser sur le terrain
- concis
- adaptables aux conditions épidémiologiques locales
- couvrir tout les domaines d'intervention essentiels des indicateurs de base
- informatisés pour permettre le suivi et l'analyse de données
- divisés en grands groupes en fonction des niveaux et des méthodes de collecte des données.

Idéalement, tous les instruments devraient être précodés pour faciliter l'élaboration d'un logiciel d'analyse.

Il faudrait en outre élaborer un guide d'utilisation de ces instruments pour faciliter la collecte des données sur le terrain.

ANNEXE 1

***Applicabilité aux Régions OMS des indicateurs proposés pour la surveillance
et l'évaluation de FRP à l'échelle mondiale***



<i>Indicateurs</i>	<i>AFRO</i>	<i>EMRO</i>	<i>EURO</i>	<i>SEARO</i>	<i>WPRO</i>	<i>AMRO</i>
Taux de mortalité par paludisme (cas présumés et confirmés) parmi les groupes cibles (moins de cinq ans et autres groupes cibles)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non (Nbre total de décès)
Nombre de cas de paludisme grave et simple (présumés et confirmés) parmi les groupes cibles (moins de cinq ans et autres groupes cibles)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non (Nbre total de cas)
Pourcentage de foyers possédant au moins une moustiquaire imprégnée	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Pourcentage de patients atteints de paludisme simple qui reçoivent un traitement correct, dans une formation sanitaire ou au niveau de la communauté , selon les directives nationales, dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Pourcentage de formations sanitaires n'ayant enregistré, au cours des trois derniers mois, aucune rupture de stock de plus d'une semaine pour les antipaludiques prévus par la politique nationale	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui



Annexe 2

OMS, Série de Rapports Techniques – 892, p.46-50

9.1.1 Définitions normalisées du cas de paludisme

Morbidité et mortalité

La définition de la morbidité et de la mortalité palustres varie selon les moyens de diagnostic disponibles aux différents niveaux du système de santé. Dans la mesure du possible, il faut notifier les cas en les classant par tranche d'âge et espèce parasitaire.

Dans les zones où les examens de laboratoire ne sont pas envisageables :

- Cas probable de paludisme sans complications—malade dont la symptomatologie évoque un paludisme sans complications et qui reçoit un traitement antipaludique.
- Cas probable de paludisme grave—malade dont la symptomatologie évoque un paludisme grave nécessitant une hospitalisation et qui reçoit un traitement antipaludique.
- Décès vraisemblablement dû à un paludisme—décès d'un malade chez lequel on a diagnostiqué un paludisme grave.

Dans les zones où des examens de laboratoire sont possibles :

- Paludisme asymptomatique—confirmation par le laboratoire (examen microscopique ou test immunologique) d'une parasitémie chez un sujet sans antécédents récents d'une symptomatologie palustre.
- Cas confirmé de paludisme sans complications—malade dont la symptomatologie évoque un paludisme sans complications et qui reçoit un traitement antipaludique avec confirmation du diagnostic par le laboratoire.
- Cas confirmé de paludisme grave—malade dont la symptomatologie évoque un paludisme grave nécessitant une hospitalisation et qui reçoit un traitement antipaludique avec confirmation du diagnostic par le laboratoire.
- Confirmation de décès par suite de paludisme—décès d'un malade chez lequel on a diagnostiqué un paludisme grave avec confirmation du paludisme par le laboratoire.

La symptomatologie à prendre en compte dans ces définitions peut varier selon le contexte épidémiologique (3). Les catégories «paludisme sans complications» et «paludisme grave» s'excluent mutuellement. Par exemple, un malade qui présente au départ un paludisme sans complications mais chez qui apparaissent ultérieurement les symptômes d'un paludisme grave, doit être uniquement considéré comme atteint d'une forme grave et par conséquent ne pas être compté deux fois. Cette remarque vaut également pour les catégories paludisme probable et paludisme confirmé. Les pays doivent donc notifier séparément les cas probables et les cas confirmés.

En raison de l'importance croissante que la résistance des plasmodies aux antipaludéens revêt pour les programmes de lutte, il est nécessaire d'adopter une définition normalisée des échecs thérapeutiques :

- Echec thérapeutique—cas confirmé de paludisme sans complications traité avec la bonne posologie selon les directives nationales en matière de thérapeutique antipalustre, mais chez qui l'examen d'une lame de sang révèle une parasitémie asexuée dans les 14 jours suivant le début du traitement.

9.1.2 Indicateurs

Une fois que l'on se sera mis d'accord sur des définitions normalisées des différents cas, on pourra mettre au point des indicateurs pour mesurer les progrès réalisés par le programme de lutte (38). Ces indicateurs doivent être adaptés aux objectifs du programme afin de permettre le suivi et l'évaluation. Quant à savoir combien d'indicateurs sont nécessaires, il faut se rappeler qu'il est préférable de mesurer avec précision un petit nombre d'indicateurs de base plutôt que de disposer



d'un grand nombre de mesures imprécises. Lorsqu'on disposera de ressources plus importantes et que le programme aura progressé et acquis davantage d'expérience, il sera toujours temps d'affiner les indicateurs, de les améliorer et d'en ajouter d'autres. La majorité des informations nécessaires pour la mesure des indicateurs peuvent être obtenues à partir de trois sources générales, même s'il est vrai qu'elles fournissent des données de qualité très variable. Il s'agit en l'occurrence :

1. Des données habituelles recueillies par le système national d'information sanitaire (dans la mesure où ce système utilise les définitions de cas adoptées d'un commun accord et où les données sont d'une qualité acceptable).
2. Des anamnèses de malades ou des observations faites dans les établissements de soins. Ces données peuvent également être obtenues lors de visites de routine ou au cours d'enquêtes spéciales.
3. D'enquêtes auprès des ménages ou d'enquêtes communautaires.¹

Les deux premières sources d'information devraient en principe être accessibles à tous les programmes; en revanche, pour accéder à la troisième, les programmes devront disposer de ressources supplémentaires. Il est vrai que les enquêtes de cette nature peuvent être coûteuses, mais on peut toujours faire des économies en mesurant plusieurs indicateurs au cours d'une même enquête.

Indicateurs de base

Le choix des indicateurs est du ressort des programmes nationaux, mais il conviendrait d'utiliser les indicateurs de base (impact et résultat) suivants dans tous les programmes de lutte antipaludique, quels que soient leurs buts et indépendamment de la situation épidémiologique locale.

Indicateurs d'impact :

Morbidité attribuée au paludisme

- nombre de cas de paludisme sans complications (probables ou confirmés) parmi les groupes cibles, par unité démographique et unité de temps;
- nombre de cas de paludisme grave (probables ou confirmés) parmi les groupes cibles, par unité démographique et unité de temps.

Mortalité attribuée au paludisme

- nombre de décès par paludisme (probables ou confirmés) parmi les groupes cibles, par unité démographique et unité de temps;
- proportion de décès par paludisme probables ou confirmés parmi les malades hospitalisés souffrant de paludisme grave, par unité de temps.

Echecs thérapeutiques

- nombre d'échecs thérapeutiques confirmés par examen microscopique rapporté au nombre de malades traités. Il faut une colonne distincte pour chaque antipaludéen utilisé.

Indicateurs de résultat :

Disponibilité des antipaludéens

- pourcentage d'établissements de soins qui n'ont signalé aucune rupture de leur stock d'antipaludéens (conformément à la réglementation pharmaceutique nationale) au cours des trois mois précédents.
- Notification des indicateurs de morbidité et de mortalité—pourcentage de districts qui ont notifié mensuellement des indicateurs de morbidité et de mortalité au programme national au cours des 12 mois précédents.

Autres indicateurs :

On peut aussi utiliser les indicateurs complémentaires suivants, en fonction de la situation épidémiologique et des buts du programme.

- *Incidence parasitaire annuelle (IPA)*—nombre de cas de paludisme confirmés par examen microscopique observés en une année par unité démographique.

- *Usage de moustiquaires imprégnées d'insecticide*—proportion de groupes cibles équipés de moustiquaires imprégnées et proportion de personnes indiquant avoir dormi sous une telle moustiquaire au cours de la nuit précédente. Pour obtenir ces indicateurs, il faut procéder à des enquêtes auprès des ménages ou de la communauté. Ils sont intéressants lorsque le programme a pour objectif de limiter et de prévenir la transmission du paludisme à *p. falciparum*.
- *Comportement des mères de famille et des aidants*—proportion de mères ou d'aidants qui soignent convenablement les enfants à la maison en cas de fièvre, c'est-à-dire en se conformant aux recommandations nationales en la matière. Cet indicateur implique l'organisation d'enquêtes auprès des ménages ou de la communauté.
- *Protection des femmes enceintes*—proportion de femmes à leur première ou deuxième grossesse déclarant au cours d'une période de temps donnée, avoir pris des antipaludéens à titre prophylactique ou avoir subi un traitement intermittent, conformément aux recommandations nationales en la matière.
- *Préparation aux épidémies de paludisme*—proportion de zones sujettes à des épidémies où il existe un plan pour contenir l'épidémie et qui disposent de réserves suffisantes d'antipaludéens, de fournitures et de matériel en état de fonctionner, soit sur place, soit en un lieu facile d'accès au moins un mois avant que ne commence la saison des épidémies. Cet indicateur est intéressant dans les cas où les objectifs du programme sont de réduire la morbidité et la mortalité, de limiter la transmission et de prévenir les épidémies de paludisme à *p. falciparum*.
- *Pulvérisations intradomiciliaires d'insecticides*—proportion d'habitations traitées par rapport au nombre total prévu. Cet indicateur convient dans les cas où le programme a pour objectifs de limiter la transmission et de prévenir les épidémies de paludisme à *p. falciparum* et à *vivax*.
- *Diagnostic de laboratoire*—proportion de districts sanitaires où existe un contrôle de qualité des procédures mises en œuvre dans le cadre de la lutte antipaludique;
 - proportion d'établissements de soins qui possèdent un laboratoire capable de diagnostiquer un paludisme et dont un échantillon suffisant de lames positives et négatives a été vérifié par un laboratoire de référence.

Indicateurs de résultat spécialement destinés aux zones où la transmission est résiduelle ou nulle :

Présence de foyers de transmission :

- nombre de villages où des cas autochtones (classés par espèce parasitaire) ont été signalés depuis le début de la précédente saison de transmission;
- nombre de cas étudiés (classés par espèce parasitaire) et considérés comme autochtones;
- nombre de cas de paludisme étudiés.

Dans ces zones, on considérera les infections mixtes comme des infections à *falciparum*.

ANNEXE 3 :

Définitions opérationnelles des indicateurs de base (Impact, Résultats et Fonctionnement) proposés pour la surveillance et l'évaluation de RBM

	Indicateurs	Définition opérationnelle	Méthode de collecte de données	Source d'informations	Niveau de la collecte de données	Périodicité de la collecte de données	Observations
IMPACT							
1	Taux brut de mortalité parmi les groupes cibles	Nombre total de décès notifiés annuellement parmi les groupes cibles divisés par la population de ces mêmes groupes cibles en milieu d'année	I. Routine (SIS) II. Enquêtes spéciales II.1 SSD (INDEPTH) II.2 SDS II.3 Enquêtes au niveau des formations sanitaires II.4 Enquêtes au niveau de la communauté	I. Rapports SIS II. Rapports SSS et SDS. Rapports enquêtes au niveau des formations sanitaires et de la communauté	I. Di, Pr, Na. II.1 Com. II.2 Com. II.3 Di. II.4 Com.	I. 1 fois par an II.1 Continu II.2 Tous les 5 ans II.3 Tous les 2 à 3 ans II.4 Tous les 2 à 3 ans	I. Relativement peu coûteux mais peu précis II. Plus précis mais difficile à exécuter et coûteux – Ces études requièrent des enquêteurs disposant d'une solide formation
2	Taux de mortalité par paludisme (présumé et confirmé) parmi les groupes cibles	Nombre total de cas de paludisme (présûmés et confirmés) notifiés annuellement parmi les groupes cibles, divisés par la population des mêmes groupes cibles au milieu de l'année	I. Routine (SIS) II. Enquêtes spéciales II.1 SSD (INDEPTH) II.2 SDS II.3 Enquêtes au niveau des formations sanitaires II.4 Enquêtes au niveau de la communauté	I. Rapports SIS II. Rapports SSS et SDS. Rapports enquêtes au niveau des formations sanitaires et de la communauté	I. Di, Pr, Na. II.1 Com. II.2 Com. II.3 Di. II.4 Com.	I. 1 fois par an II.1 Continu II.2 Tous les 5 ans II.3 Tous les 2 à 3 ans II.4 Tous les 2 à 3 ans	Voir indicateur 1
3	Pourcentage des décès attribués au paludisme, présumé et confirmé, chez les patients hospitalisés pour paludisme grave	Nombre de décès par paludisme, présumé et confirmé, enregistrés parmi un groupe cible admis dans une formation sanitaire donnée par unité de temps, divisé par le nombre total de cas de paludisme grave, présumé et confirmé dans le même groupe cible admis dans la même formation, pendant la même unité de temps	I. Routine (SIS) II. Enquêtes spéciales Enquêtes au niveau des formations sanitaires (Surveillance des patients hospitalisés)	I. Rapports SIS II. Rapports enquêtes formations sanitaires	I. Di. ; Pr., Na. II. Di.	I et II : Annuel	I. Dans le cadre de la surveillance de routine de nombreux PNLP – Repose sur des rapports réguliers – II. Relativement peu coûteux et plus précis
4	Nombre de cas de paludisme grave (présûmés et confirmés) parmi les groupes cibles	Nombre de cas de paludisme grave, présumé s et confirmés, notifiés annuellement chez les enfants de moins de 5 ans (autres groupes cibles)	I. Routine SIS II. Enquêtes spéciales Enquêtes au niveau des formations sanitaires et de la communauté	I. Rapport SIS II. Rapports enquêtes formations sanitaires et communauté	I. Di., Pr., Na. II. Com.	Annuel	Pour les zones où sévit le <i>P. falciparum</i> . La définition du paludisme grave devra être clairement établie au niveau des pays, conformément aux définitions de l'OMS. Une formation est nécessaire.
5	Nombre de cas de paludisme simple (présûmés et confirmés) parmi les groupes cibles	Nombre de cas de paludisme simple (présûmés et confirmés) notifiés annuellement chez les moins de 5 ans (autres groupes cibles)	SIS	Rapports SIS	Di., Pr., Pa.	Annuel	I. Dans le cadre de la surveillance de routine de nombreux PNLP – Repose sur des rapports réguliers –
6	Incidence Parasitaire annuelle (IPA) parmi les groupes cibles	Nombre de cas de paludisme confirmés par examen microscopique détectés	Surveillance de routine de nombreux PNLP, principalement en-	Rapports PNLP/SIS	Di., Pr., Na.	Annuel	Non recommandé dans les zones à forte transmission où la spécificité est faible, ni dans les zones où les SIS sont peu

	<i>Indicateurs</i>	<i>Définition opérationnelle</i>	<i>Méthode de collecte de données</i>	<i>Source d'informations</i>	<i>Niveau de la collecte de données</i>	<i>Fréquence de la collecte de données</i>	<i>Observations</i>
	(Selon les régions/en fonction de la situation épidémiologique)	annuellement par unité de population (Habituellement par 1000 habitants)	dehors de l'Afrique				développés et où de nombreux cas de paludisme ne sont pas dépistés par les systèmes de santé.

Annexe 3 : Définitions opérationnelles des indicateurs de base (Impact, Résultats et Fonctionnement) proposés pour la surveillance et l'évaluation de FRP

	<i>Indicateurs</i>	<i>Définition opérationnelle</i>	<i>Méthode de collecte de données</i>	<i>Source d'informations</i>	<i>Niveau de la collecte de données</i>	<i>Périodicité de la collecte de données</i>	<i>Observations</i>
RESULTATS							
1	% de patients hospitalisés pour paludisme grave qui reçoivent un traitement antipaludique et un traitement symptomatique corrects, selon les directives nationales	Nombre de patients hospitalisés par unité de temps pour paludisme grave qui reçoivent un traitement antipaludiques et un symptomatique corrects, divisé par le nombre total de patients hospitalisés pour paludisme grave pendant la même unité de temps multiplié par 100	1. Supervision de routine effectuée par l'équipe de district et de province du PNLP 2. Enquêtes au niveau des formations sanitaires 3. Evaluation FRP	1. Rapports de supervision 2. Rapports d'enquêtes 3. Rapports d'évaluation RBM	Di., Pr., Na.	1. Annuel 2 & 3 : tous les 2 à 3 ans	Nécessité d'avoir des formulaires standardisés, des superviseurs qualifiés et une formation
2	% de patients atteints de paludisme simple, qui reçoivent un traitement correct, dans une formation sanitaire ou au niveau de la communauté , selon les directives nationales et dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes	1. Nombre de patients (<5 ans ou autres groupes cible) consultant pour paludisme simple dans une formation sanitaire donnée par une unité de temps et qui reçoivent un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales et dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes, divisé par le nombre total de patients (<5 ans ou autres groupes cibles) consultant pour paludisme simple dans la même formation sanitaire pendant la même unité de temps multiplié par 100	1. Supervision de routine effectuée par l'équipe de district et de province du PNLP 2. Enquêtes au niveau des formations sanitaires 3. Evaluation FRP	1. Rapports de supervision 2. Rapports d'enquête 3. Rapports d'évaluation FRP	Di., Pr., Na.	1. Annuel 2 & 3 : tous les 2 à 3 ans	Nécessité d'avoir des formulaires standardisés, des superviseurs qualifiés et une formation
		2. Nombre de patients (<5 ans ou autres groupes cibles) ayant eu un accès fébrile au cours des deux semaines précédentes et ayant reçu le traitement antipaludique recommandé localement dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition de la fièvre, divisé par le nombre total de patients (<5 ans ou autres groupes cible) ayant eu un accès fébrile au cours des deux semaines précédentes multiplié par 100	1. Supervision par l'équipe cadre de district 2. Enquêtes au niveau de la communauté 3. Evaluation FRP	1. Rapports de supervision 2. Rapports d'enquête 3. Rapports d'évaluation FRP	Di., Com.	1. Annuel 2. Tous les 2 ans (tous les ans si possible) 3. Tous les 2 ans	1. Les enquêtes nécessitent des enquêteurs qualifiés 2. La périodicité dépend de la régularité de la supervision 3. La supervision au niveau de la communauté devrait suivre la mise en oeuvre des activités d'IEC
3	% de formations sanitaires n'ayant enregistré au cours des trois derniers mois aucune rupture de stock de plus d'une semaine pour les antipaludiques retenus par la politique nationale des médicaments	Nombre de formations sanitaires n'ayant enregistré au cours des trois derniers mois aucune rupture de stock de plus d'une semaine pour les antipaludiques retenus par la politique nationale des médicaments, divisé par le nombre total de formations sanitaires visitées multiplié par 100	1. Supervision par l'équipe cadre de district ou de province 2. Enquêtes au niveau des formations sanitaires 3. Evaluation FRP	1. Rapports de supervision 2. Rapports d'enquête 3. Rapports d'évaluation FRP	Di., Pr., Na.	1. Annuel 2. Annuel 3. Tous les 2 ans	Dans les pays où la saison de transmission est courte, les activités de surveillance/évaluation doivent être menées pendant la saison de transmission

	<i>Indicateurs</i>	<i>Définition opérationnelle</i>	<i>Méthode de collecte de données</i>	<i>Source d'informations</i>	<i>Niveau de la collecte de données</i>	<i>Périodicité de la collecte de données</i>	<i>Observations</i>
4	% de formations sanitaires capables de confirmer le diagnostic du paludisme conformément à la politique nationale (microscopie, tests rapides, etc.)	Nombre de formations sanitaires capables de confirmer le diagnostic du paludisme conformément à la politique nationale (microscopie, tests rapides, etc.) divisé par le nombre total de formations sanitaires supposées confirmer le diagnostic du paludisme conformément à la politique nationale multiplié par 100	1. Supervision de l'équipe cadre de district ou de province 2. Enquêtes dans les formations sanitaires 3. Evaluation RBM	Rapports de supervision	Di, Pr., Co.	Annuelle	Nécessite des superviseurs qualifiés pour la lecture des lames
5	% de foyers possédant au moins une moustiquaire imprégnée	Nombre de foyers possédant au moins une moustiquaire imprégnée, divisé par le nombre total de foyers enquêtés multiplié par 100	Enquêtes au niveau de la communauté	Rapports d'enquêtes	Com., Di., Pr., Co.	Tous les 2 ans (Tous les ans si possible)	Nécessite une méthodologie avec sondage aléatoire
6	% de femmes enceintes ayant suivi une chimioprophylaxie ou un traitement antipalustre intermittent, selon la politique nationale des médicaments	Nombre de femmes enceintes ayant suivi une chimioprophylaxie ou un traitement antipalustre intermittent, selon la politique nationale des médicaments, divisé par le nombre total de femmes enceintes interrogées ou dont le carnet de CPN a été consulté multiplié par 100	1. Enquêtes au niveau des formations sanitaires 2. Enquêtes au niveau des CPN 3. Enquêtes au niveau de la communauté	1. Rapports d'enquêtes 2. Rapports enquêtes CPN 3. Rapports enquêtes communauté	Com., Di., Pr., Co.	Annuelle	1. Les matrones devront être supervisées dans les pays où elles sont autorisées à délivrer le traitement intermittent 2. A intégrer à la supervision de la santé de la Reproduction
7	% d'épidémies de paludisme détectées dans les deux semaines qui suivent leur éclatement et correctement maîtrisées	Nombre d'épidémies détectées dans une région géographique donnée (district, pays, région) ou dans une situation donnée dans les deux semaines qui ont suivi leur éclatement au cours des 12 derniers mois, et pour lesquelles des mesures de lutte adéquates ont été prises dans la semaine qui a suivi, divisé par le nombre total d'épidémies de paludisme notifiées pendant la	Etude de documents du SIS	Rapports SIS			1. La périodicité est fonction de la survenue des épidémies 2. On entend par mesures de lutte appropriées les interventions figurant dans le plan d'urgence conformément aux recommandations de l'OMS 3. Faisable mais dépend de la qualité du SIS

	<i>Indicateurs</i>	<i>Définition opérationnelle</i>	<i>Méthode de collecte de données</i>	<i>Source d'informations</i>	<i>Niveau de la collecte de données</i>	<i>Périodicité de la collecte de données</i>	<i>Observations</i>
		même période de temps et dans la même région/situation multiplié par 100					
8	% de mères et de personnes ayant la garde d'enfants qui sont capables de reconnaître les symptômes et les signes de danger chez un enfant fébrile de moins de 5 ans (ou autres groupes cibles)	1. Nombre de mères et de personnes ayant la garde d'enfants capables de reconnaître les symptômes et signes de danger chez un enfant fébrile de moins de 5 ans (ou autres groupes cibles), divisé par le nombre total de mères/personnes ayant la garde d'enfants interrogées x 100 2. Nombre de mères/personnes ayant la garde d'enfants capables de reconnaître les signes et symptômes de danger chez un enfant fébrile de moins de cinq ans (ou un autre groupe cible), divisé par le nombre total de mères/personnes ayant la garde d'enfants qui ont reçu une formation à cet effet dans le même échantillon	Enquêtes au niveau de la communauté	Rapports d'enquêtes communautaires	Communauté	Tous les 2 ans (Tous les ans si possible)	Dans certains pays, fait déjà partie des activités de supervision de l'équipe de district du PNLP
9	% de districts ayant des plans d'action qui reflètent la politique nationale de santé	Nombre de districts ayant des plans d'action qui reflètent la politique nationale de la santé dans un pays donné, divisé par le nombre total de districts de ce pays multiplié par 100	Etude de documents	Plan d'action du district	Di., Co.	Annuelle	
10	% de districts qui utilisent des informations sanitaires à des fins de planification	Nombre de districts qui utilisent les informations sanitaires à des fins de planification dans un pays donné, divisé par le nombre total de districts de ce pays, multiplié par 100	Etude de documents	Plan d'action du district Données épidémiologiques du district	National, Régional	Annuelle	
11	% de pays dans lesquels ont été mis en place des	Nombre de pays dans lesquels ont été mis en place des	Etude de documents	Rapport d'activités du	Régional, Mondial	Annuelle	

	<i>Indicateurs</i>	<i>Définition opérationnelle</i>	<i>Méthode de collecte de données</i>	<i>Source d'informations</i>	<i>Niveau de la collecte de données</i>	<i>Périodicité de la collecte de données</i>	<i>Observations</i>
	partenariats multisectoriels et inter-agences	partenariats multisectoriels et inter-agences ce divisé par le nombre de pays qui mettent en oeuvre un plan d'action RBM multiplié par 100		PNLP Rapports des réunions de partenaires			
12	% de pays disposant de sites sentinelles opérationnels pour la surveillance de l'efficacité des antipaludiques de première et deuxième intentions	Nombre de pays possédant des sites sentinelles opérationnels pour la surveillance de l'efficacité des antipaludiques de première et deuxième intentions divisé par le nombre total de pays qui mettent un plan d'action RBM x 100	Etude de documents Missions dans les pays	Rapports des sites sentinelles Rapports de mission	Régional, Mondial	Annuelle	Cette surveillance doit être effectuée par du personnel qualifié conformément au protocole de l'OMS
13	Nombre d'antipaludiques en phase III de développement		Etude de documents	Documents scientifiques Publications	Mondial	Tous les 5 ans	
14	% de pays ayant un plan d'action national Faire Reculer le Paludisme approuvé et financé par les donateurs	Nombre de pays ayant un plan d'action national officiel RBM approuvé et financé par les donateurs, divisé par le nombre total de pays dans lesquels un partenariat RBM a été mis en place x 100	Etude de documents	Rapports financiers	Régional, Mondial	Tous les ans	1. La périodicité dépendra de la durée du plan d'action national 2. Une surveillance annuelle est recommandée

	Indicateurs	Définition opérationnelle	Méthode de collecte de données	Source d'informations	Niveau de la collecte de données	Périodicité de la collecte de données	Observations
FONCTIONNEMENT							
1	% du personnel soignant formé à la prise en charge des cas de paludisme et à la PCIME	Nombre du personnel soignant formé à la prise en charge des cas de paludisme et à la PCIME divisé par l'effectif total du personnel de santé x 100	1. Supervision des PNLP et PCIME 2. Enquêtes au niveau des formations sanitaires	1. Rapports de supervision du PNLP et de la PCIME 2. Rapport d'enquête	Di., Pr., Na.	Annuel	Seulement pour les pays qui ont déjà mis en oeuvre des activités de PCIME
2	% des agents de santé assurant des CPN qui ont été formés au traitement intermittent du paludisme chez les femmes enceintes	Nombre des agents de santé assurant des CPN qui ont été formés au traitement intermittent du paludisme chez les femmes enceintes, divisé par l'effectif total du personnel assurant des CPN x 1000	1. Supervision du PNLP et du Programme de Santé Reproductive 2. Enquête dans les centres de santé	1. Rapport de supervision du PNLP et du Programme de Santé reproductive 2. Rapport d'enquête	Di., Pr., Na.	Annuel	1. Dans certains pays, les matrones font partie du personnel assurant des CPN 2. A intégrer avec le Programme de Santé de la Reproduction
3	Pourcentage des pays ayant adopté des directives nationales pour la prévention et le traitement du paludisme, qui prévoient la formation de tout le personnel du secteur informel, des recommandations sur le traitement à domicile de tous les cas de fièvre/paludisme, la reconnaissance des signes de danger les plus fréquents, la prévention du paludisme pendant la grossesse et l'utilisation des matériaux imprégnés d'insecticide	Nombre des pays ayant adopté des directives nationales pour la prévention et le traitement du paludisme, qui prévoient la formation de tout le personnel du secteur informel, des recommandations sur le traitement à domicile de tous les cas de fièvre/paludisme, la reconnaissance des signes de danger les plus fréquents, la prévention du paludisme pendant la grossesse et l'utilisation des matériaux imprégnés d'insecticide, divisés par le nombre total de pays qui mettent en oeuvre un plan d'action FRP multiplié par 100	Etude de documents	Directives	Régional mondial		Ce critère devra être vérifié chaque année jusqu'à ce que l'on ait acquis la certitude que ces directives existent au niveau du pays
4	Pourcentage des villages/communautés qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé à la prise en charge des fièvres et à la reconnaissance d'une maladie fébrile grave	Nombre de villages/communautés qui disposent d'au moins un agent de santé communautaire formé à la prise en charge des fièvres et à la reconnaissance d'une maladie fébrile grave divisé par le nombre total de villages/communautés ayant fait l'objet d'une enquête multiplié par 100	Enquêtes au niveau de la communauté	Rapports	Com., Di., Pr.	Tous les deux ans	
5	% de pays ayant inscrit les pyréthrinoïdes utilisables en santé publique et les matériaux imprégnés d'insecticide dans la liste des médicaments et produits essentiels	Nbre de pays ayant inscrit les pyréthrinoïdes utilisables en SP et les matériaux imprégnés d'insecticide dans la liste des ME, divisé par le Nbre total de pays qui mettent en oeuvre un POA FRP multiplié par 100	Etude de documents	Liste des médicaments et produits essentiels	Régional Mondial		Ce critère devra être vérifié chaque année jusqu'à ce qu'il soit clairement établi que la liste des ME a été modifiée en fonction de la politique nationale de lutte antipaludique

	Indicateurs	Définition opérationnelle	Méthode de collecte de données	Source d'informations	Niveau de la collecte de données	Périodicité de la collecte de données	Observations
6	% de prestataires de services (personnel de santé, agents de santé communautaires, ...) formés aux techniques d'imprégnation des moustiquaires et/ou aux techniques de pulvérisation intra-domiciliaire, selon la politique nationale	Nombre de prestataires de services (personnel de santé, ASC...) formés aux techniques d'imprégnation des moustiquaires et/ou aux techniques de pulvérisation de pulvérisation intradomiciliaire divisé par le nombre total de prestataires de services multiplié par 100	1. Supervision du PNLP 2. Enquêtes au niveau des formations sanitaires	1. Rapport d'activités du PNLP Rapport d'enquêtes au niveau des formations sanitaires	Di., Pr., Na.	Annuel	
7	% de pays dans lesquels il existe des zones ou des situations à risque épidémique, qui disposent d'un plan d'action national pour la détection précoce et la lutte contre les épidémies	Nombre de pays dans lesquels il existe des zones ou des situations à risque épidémique, qui disposent d'un plan d'action national pour la détection précoce et la lutte contre les épidémies, divisé par le nombre total de pays dans lesquels il existe des zones ou des situations à risque épidémique multiplié par 100	Etude des documents	Plan d'action national	Régional Mondial		Ce critère devra être vérifié chaque année jusqu'à ce qu'il soit clairement établi que le pays possède un plan de détection précoce et de lutte contre les épidémies en fonction de l'épidémiologie du paludisme dans le pays
8	% de pays ayant une politique de couverture universelle prévoyant un paquet d'interventions minimum qui inclue des activités de lutte antipaludique appropriés	Nombre de pays ayant une politique de couverture universelle prévoyant un paquet d'interventions minimum qui inclue des activités de lutte antipaludique pertinentes divisé par le nombre total de pays d'endémie x 100	Etude de documents	Document de Politique Nationale	Régional Mondial		Ce critère devra être vérifié chaque année jusqu'à ce que l'existence d'une telle politique soit établie
9	% de pays ayant instauré des liens officiels de collaboration entre les instituts de recherche et le Ministère de la Santé, et ayant élaboré un agenda de recherche comprenant des sujets de santé publique	Nombre de pays ayant instauré des relations efficaces entre les instituts de recherche et le Ministère de la Santé, y compris pour l'élaboration d'un calendrier de recherche sur des sujets d'intérêt pour la santé publique, divisé par le nombre total de pays qui mettent en oeuvre un plan d'action RBM x 100	Etude de documents	Calendrier de recherche Protocoles de recherche	Régional Mondial		1. Ce critère devra être vérifié chaque année jusqu'à ce que l'existence de telles relations soit clairement établi 2. Un suivi est recommandé
ABREVIATIONS Com. = communauté CPN = Consultation Prénatale, Di. = District, FRP = Faire Reculer le Paludisme IEC = Information Education Communication							
Na. = National PCIME = Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme Pr. = Province ou Région							
SDS : Système de Surveillance Démographique et Sanitaire SIS : Système d'Information Sanitaire SSD : Système de Surveillance Démographique							

/

	<i>Indicateurs</i>	<i>Définition opérationnelle</i>	<i>Méthode de collecte de données</i>	<i>Source d'informations</i>	<i>Niveau de la collecte de données</i>	<i>Périodicité de la collecte de données</i>	<i>Observations</i>

ANNEXE 4

Bibliographie

1. **OMS - Genève (1981).** L'évaluation des programmes de santé. Principes directeurs.
2. **OMS - Genève (1981).** Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000.
3. **OMS - Genève (1992).** Rapport de la Conférence Ministérielle sur le Paludisme, Amsterdam, 26-27 octobre 1992.
4. **OMS - Genève (1993).** Mise en Oeuvre de la Stratégie Mondiale de Lutte Antipaludique. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la mise en oeuvre du plan mondial d'action pour la lutte contre le paludisme 1993-2000
5. **OMS - Genève (1993).** Stratégie mondiale de lutte antipaludique.
6. **OMS - Genève (1993).** WHO Malaria Unit, Global malaria control. Bulletin of World Health Organization (1993) 71 (3/4) 281-284
7. **OMS - Genève (1994).** Bryce J. Rounkou, J.B. Nguyen-Dinh, P. Naimoli, J.F. Breman, J.G. Evaluation of national malaria control programmes in Africa. *Bulletin of the World Health Organization (1994) 72 (3) 371-381*[En. Fr. 16ref. 6 tab] Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.
8. **OMS - Genève (1997).** WHO Recommended Surveillance Standards, World Health Organization, WHO/EMC/DIS/97.1, Distribution: Limited, Original: English.
9. **OMS - Genève (1999).** Indicators for IMCI at First-Level Facilities and Households, Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH), Health Systems and Community Health (CHS), World Health Organization, WHO/CHS/CAH/98.1K, Rev.1 1999, Original: English, Distribution: General.
10. **OMS - Genève (2000).** WHO Technical Report Series 892, WHO Expert Committee of Malaria, Twentieth Report.
11. **OMS - Genève (2000).** Indicators To Measure The Impact Of Malaria Control. Discussion document prepared for Roll Back Malaria, January 2000. Catherine Watt and Chris Dye. Communicable Disease Prevention, Control and Eradication WHO Geneva.
12. **OMS/AFRO (1992).** Guidelines for the diagnosis and treatment of malaria in Africa. *Report of an informal consultation of experts on malaria in the African Region.* Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa Region. (AFRO Technical Papers No. 22, Rev. 1)
13. **OMS/AFRO (1992).** *Stratégies for malaria control in the African Region and steps for their implementation.* Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa.
14. **OMS/AFRO (1994).** Les stratégies de lutte antipaludique dans la région Africaine: Evaluation et Information. rapport d'une réunion du groupe de travail régional sur la lutte antipaludique dans la région Africaine, Brazzaville, 15-18 mars 1993. Brazzaville, AFRO, 1994 (document non publié AFRO/CTD/MAL/94.2).
15. **OMS/AFRO (1994).** Système d'information pour l'évaluation des programmes de lutte antipaludique. (Guide pratique).
16. **OMS/AFRO (1999).** Joint Evaluation of DFID and USAID support to the World Health Organization Regional Office for Africa Malaria Unit (AFRO/MAL), 20 September to 8 October 1999, WHO/AFRO Evaluation Background documents (Volume 1)
17. **ACSI-CCCD (1993).** Africa Child Survival Initiative Combating Childhood Communicable Diseases. Malaria Control in Africa: Guidelines for the Evaluation of National Programs, Bujumbura. Burundi, September 1993. United States Agency for International Development, U.S. Department of Health and Human Services.
18. Déclaration d'Abuja - Sommet Africain sur l'Initiative Faire Reculer le Paludisme, Abuja, 25 avril 2000.
19. *Executive Summary for Economics of Malaria Center for Development, Harvard University and the London School of Hygiene and Tropical Medicine* (Presented by Professor Sachs during the African Summit on Roll Back Malaria - Abuja, 25 April 2000)