

MONITORING ET ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE SANTÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

I.S. FALL, I. SECK, I. WONE, K.M. BA-FALL, A. FAYE, P. NDIAYE, A. TAL-DIA

Med Trop 2005 ; 65 : 184-188

RÉSUMÉ • La composante monitoring et évaluation constitue le point faible de beaucoup de programmes de santé en Afrique subsaharienne, ce qui constitue une menace pour la continuité des financements. Les problèmes sont de différentes natures et les faiblesses liées au système de santé se répercutent sur la qualité du monitoring et évaluation. Cet article donne un aperçu des problèmes rencontrés au niveau des pays, basé sur une expérience pratique. Les étapes pour la conception du système de monitoring et évaluation d'un programme de santé sont passées en revue et des éléments de mise en oeuvre de ce système sont fournis.

MOTS-CLÉS • Résultats - Effets - Impact - Programme de santé.

.....
TITRE ??A COMPLÉTER PAR L'AUTEUR

ABSTRACT • The monitoring and evaluation is usually the weakest component of health programs in sub-Saharan Africa, what is undermining the sustainability of funding. The problems are complex and the weaknesses of the health systems are reflected on the monitoring and evaluation of specific programs. This paper gives an insight of the problems faced during field missions for monitoring and evaluation. The steps for building the M&E system have been reviewed and keys points for implementation have been provided.

KEY WORDS • Outputs - Outcomes - Impact - Health programs.

Il est important d'emblée de s'entendre sur le concept de Monitoring et Evaluation (M&E), ce qui va permettre une meilleure compréhension et un bon usage des orientations qui seront données.

Par monitoring il faut comprendre le suivi systématique de la mise en oeuvre des activités planifiées, du processus et des résultats (services produits), en rapport avec les intrants utilisés. Ces intrants sont les ressources de différentes natures utilisées (Tableau I).

Il ne faut pas confondre monitoring et supervision ; en effet cette dernière est une activité de gestion de ressources humaines qui vise à améliorer leurs performances par rapport à des tâches spécifiques relevant de leur niveau de responsabilité. Bien entendu, durant une supervision on peut être amené à collecter des informations qui seront utiles pour le M&E.

L'évaluation quant à elle est une mesure de l'atteinte des objectifs préalablement définis par une méthode analytique de comparaison. Cette évaluation compare donc les objectifs préalablement définis aux effets et impacts atteints par le programme qui a été mis en oeuvre. Il s'agit alors d'une évaluation sommative qui représente l'évaluation au sens propre. L'évaluation formative souvent décrite dans la littérature intervient en début de programme et s'intéresse à la mise en oeuvre. Elle se rapproche plus du monitoring.

En Afrique subsaharienne, le M&E n'échappe pas aux problèmes que rencontrent les systèmes de santé. En effet, le volet M&E est souvent très faible dans les programmes de santé, compromettant la possibilité de mesurer leurs succès ou échecs. Aujourd'hui, les exigences de transparence et de bonne gouvernance imposent la mise en place de bons systèmes de M&E pour les programmes de santé au-delà des aspects purement techniques, afin de garantir la continuité des financements. Durant ces dernières années, un consensus s'est dégagé au fur et à mesure sur les composantes du M&E, avec les efforts de l'OMS, du CDC d'Atlanta et d'autres partenaires. Dans cet article, nous présentons un aperçu des problèmes le plus souvent rencontrés dans les pays pour le M&E des programmes, avant de donner des orientations sur les modalités de mise en place du système.

• Travail de l'Institut de Santé et développement (ISED) (I.S.F., Ancien enseignant à l'ISED, Coordonnateur des équipes inter-pays pour la lutte contre le paludisme à l'OMS AFRO ; I.S., Assistant à l'ISED ; I.W., Maître-Assistant à l'ISED ; ; A.F., P.N., Assistants à l'ISED ; A.T-D., Professeur à l'ISED), Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Dakar Fann Sénégal et du Service de médecine interne (K.M.B-F., Spécialiste des hôpitaux militaires), Hôpital Principal de Dakar, Sénégal.

• Correspondance : I.S. FALL, ISED, BP 16390 Dakar Fann, Sénégal •

• Courriel : ifall@tulane.edu •

• Article sollicité.

**APERÇU DES PROBLÈMES RENCONTRÉS
DANS LE MONITORING ET ÉVALUATION
DES PROGRAMMES DE SANTÉ**

Différentes missions effectuées au niveau des pays en Afrique subsaharienne ont permis d'identifier des problèmes de différents ordres.

Composante M&E négligée lors de la conception des programmes

La composante M&E est souvent négligée lors de l'élaboration des programmes et les personnes impliquées ne se posent pas la question de savoir comment les performances seront suivies et comment les effets et l'impact seront mesurés. Dans ce cas, bien entendu, les activités et ressources nécessaires pour le M&E ne sont pas prises en compte et on attend la fin d'un cycle de programmes pour décider de son évaluation. Dans ce cas de figure, les outils permettant de mesurer l'atteinte des objectifs d'un programme ne sont souvent pas disponibles ; cela conduit le plus souvent à des évaluations erronées à la grande déception des différents partenaires et intervenants. Cette situation peut être liée à l'ignorance, au manque de culture de la performance et de la responsabilité des gestionnaires de programme.

Insuffisance de coordination des intervenants

Un autre problème identifié, est l'insuffisance de coordination des intervenants au niveau du pays. En effet, les données nécessaires pour le M&E des programmes doivent provenir de différentes sources. Ces données peuvent exister chez différents partenaires, mais ne sont pas mises en commun. A cela s'ajoute le problème de structure et de fonctionnement au niveau des ministères en charge de la santé. Différentes directions collectent des données sur les mêmes maladies sans jamais se réunir pour travailler ensemble ou même partager ces informations. Dans certains pays en Afrique au sud du Sahara, il n'existe pas une structure fonctionnelle capable d'assurer le M&E des programmes de santé prioritaires, qui sont obligés de mettre en place des systèmes parallèles, verticaux, coûteux et peu efficaces.

Même quand ces systèmes verticaux existent, les ressources humaines sont rarement présentes en quantité et en qualité pour assurer la continuité du travail. La durée de vie de tels systèmes est strictement liée à la disponibilité des financements verticaux.

Faible utilisation des structures de santé

En Afrique, le faible accès et la faible utilisation des structures de santé font que même les données censées être collectées à ce niveau restent parcellaires, ce qui rend difficile et coûteux l'évaluation des programmes. En effet, là où des simples données de routine auraient suffi, on est obligé d'organiser des enquêtes de grande envergure dans la communauté, qui consomment du temps et des ressources. Pour le paludisme par exemple, des études ont montré que 70 % des cas en zone rurale et 50 % en zone urbaine sont traités à domicile (6). Une enquête rétrospective permet difficilement d'avoir des informations fiables sur certaines variables comme la qualité de la prise en charge d'une maladie donnée.

Difficulté d'évaluer l'impact des programmes

Il est aujourd'hui très difficile de mesurer l'impact des programmes de santé en Afrique subsaharienne pour plusieurs raisons parmi lesquelles :

- la multitude et la complexité des déterminants des problèmes de santé qui entrent en jeu. Par exemple, dans les pays du Sahel, les variations de pluviométrie se répercutent directement sur la morbidité liée au paludisme. Un déficit de pluie peut entraîner une baisse drastique du nombre de cas de paludisme non liée au succès d'un programme. Ce cas de figure peut entraîner une baisse de la vigilance des décideurs avec des effets rebonds dramatiques lors des années de forte pluviosité ;
- l'absence de données de base fiables.

Dans certains pays, il peut apparaître très difficile lors de l'élaboration des programmes d'avoir une idée précise de mortalité ou morbidité spécifiques dues au paludisme. Ceci peut être lié à plusieurs facteurs : un système d'information sanitaire incapable de fournir les informations nécessaires, l'absence de confirmation du diagnostic même pour des patients qui ont été hospitalisés dans des hôpitaux, l'absence d'information sur les indicateurs communautaires, l'absence d'évaluation sommative des programmes antérieurs.

Tableau I - Cadre de référence pour le monitoring et l'évaluation des programmes de santé.

Intrants	Monitoring de la mise en œuvre		Evaluation des effets et de l'impact	
	Processus	Résultats	Effets	Impact
<ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières • Médicaments et produits • Logistique • Information • Infrastructure • Planification 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Appui technique • Production de guide et document • IEC, plaidoyer • Fourniture de médicaments et produits 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes formées • Services produits* • Partenariat mis en place • Mécanismes de coordination • Information • Infrastructure 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des performances • Augmentation des couvertures • Amélioration de l'accès • Augmentation de la qualité et de l'utilisation des services (bien-être socio-économique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la morbidité • Réduction de la mortalité • Amélioration de la qualité de vie
Indicateur d'entrées	Indicateur de processus	Indicateurs de Résultats	Indicateurs d'effet	Indicateurs d'impact

* Adaptation de Afari E, Fall I S, Minkoulou E et Tohon S (1)

Utilisation de données non représentatives

Ceci est souvent lié à la confusion entre la notion de sites sentinelles et de zones pilotes. Deux cas de figure sont fréquents :

- au début de la mise en œuvre des programmes, des sites ou zones sentinelles sont identifiés pour une collecte régulière de données nécessaires au M&E des programmes en questions. Ces zones sont normalement choisies en fonction de critères rigoureux de stratification qui garantissent leur représentativité par rapport au pays en question. Malheureusement, au fil du temps, tous les efforts tendent à se concentrer sur ces zones qui deviennent finalement plus des zones pilotes que des zones sentinelles. Les données provenant de ces zones continuent à être utilisées pour juger des performances et effets des programmes nationaux ;

- dans d'autres cas, c'est d'emblée des projets pilotes, mais qui ont tendance à perdurer. Les données provenant de ces zones pilotes continuent à être utilisées, masquant les réalités à l'échelle nationale.

Problème de rétro-information et de diffusion des rapports

Il est très frustrant pour les acteurs de terrain et les différents intervenants de ne pas recevoir, en échange des informations qu'ils produisent, les rapports provenant des programmes nationaux. La démotivation qui en découle peut entraver la collecte régulière des données.

Pour toutes ces raisons, il est urgent de renforcer le suivi et l'évaluation des programmes de santé en Afrique subsaharienne.

CONCEPTION DU SYSTÈME DE M&E POUR LE PROGRAMMES DE SANTÉ

Le M & E doit être pris en compte dès le début de la planification et durant toutes ses étapes.

Analyse de situation

L'analyse de situation part toujours d'un problème principal qui est souvent lié à la morbidité ou à la mortalité. Ce problème doit être quantifié pour bien mesurer toute son ampleur et aider à l'élaboration des objectifs d'impact. Une fois le problème principal exprimé, il faudra en identifier tous les déterminants. Ces déterminants peuvent être de plusieurs natures : biologiques, environnementaux, socio-économiques, liés aux services de santé, liés aux comportements et habitudes de vie. Ces déterminants doivent s'exprimer autant que possible en terme de besoins non couverts pour faciliter l'identification des interventions à mettre en place.

Elaboration des objectifs du programme

C'est une étape cruciale car de la pertinence et de la qualité des objectifs va dépendre en bonne partie la qualité du système de M&E.

L'objectif général doit s'attaquer au problème principal : par exemple réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant ou réduire la mortalité liée au paludisme.

Il faut identifier les objectifs spécifiques qui sont des étapes intermédiaires, pour atteindre l'objectif général dont ils sont des composantes. Ces objectifs doivent viser aussi les déterminants du problème, par rapport au résultat attendu en terme d'effets et d'impact du programme (Tableau I).

Il est important de rappeler les qualités d'un bon objectif spécifique, il doit être :

- précis : sans ambiguïté, univoque (une seule idée principale), fonction de la nature de la situation désirée de la population ciblée et du lieu ;

- mesurable : il faut donc un critère d'atteinte de cet objectif bien quantifié ;

- réaliste et réalisable : pas trop ambitieux ;

- défini dans le temps : quand est-ce qu'on veut atteindre cet objectif ?

Exemple d'objectif spécifique : réduire de 30 % la morbidité liée au paludisme chez les femmes enceintes dans le district de Ndoumbélane d'ici décembre 2007.

Définition des stratégies et interventions

Elle permet de voir la combinaison d'interventions et la manière de les mettre en œuvre pour atteindre les objectifs. Une définition claire de ces interventions va faciliter le monitoring de leur mise en œuvre.

Identification des activités

Pour chaque domaine d'intervention, il est important d'identifier les activités. Le monitoring va aussi s'intéresser à la mise en œuvre de ces activités.

Sélection des indicateurs (Tableau I)

Il est utile dans un programme, en tenant compte des étapes précédentes, d'avoir des indicateurs pour le suivi et l'évaluation. Les indicateurs d'effet et d'impact vont servir à l'évaluation des objectifs. Pour ce qui est des indicateurs du monitoring, ils seront exprimés en terme d'intrants (ressources), de processus (activités) et de résultats (services fournis).

Autant que l'objectif spécifique, l'indicateur d'effet ou d'impact qui doit le mesurer doit obéir à un certain nombre de critères :

- la précision : mesure exacte du phénomène étudié ;

- la fiabilité, ou reproductibilité : des mesures différentes utilisant le même indicateur doivent donner significativement le même résultat ;

- la facilité d'interprétation ;

- la sensibilité : l'indicateur doit suivre les variations du problème étudié ;

- la spécificité : l'indicateur ne doit pas être influencé par des phénomènes autres que celui qu'il est sensé mesurer.

Le nombre d'indicateurs doit se limiter au strict nécessaire pour faciliter la collecte des informations.

Identification des sources, méthodes et fréquence de collecte des données

Une fois ces indicateurs sélectionnés, il est impératif dès la conception du système de M&E d'indiquer où les données seront collectées et quelles méthodes seront utili-

Tableau II - Sources de données et types de données produits pour le M&E des programmes de santé

Source de données	Type de données	Méthode de collecte
Formations sanitaires et système d'information sanitaire	Morbidité, mortalité, taux de létalité spécifiques Qualités des soins Disponibilité des médicaments etc.	Rapport de routine Enquête dans les formations sanitaires Enquête dans les formations sanitaires
Centres spécialisés	Informations spécifiques sur des maladies : (exemple : taux de transmission mère-enfant du VIH, taux de létalité du paludisme grave)	Rapport de routine
Programmes spécifiques	Services produits et couverture des interventions	Rapports de routine et rapport d'évaluation
Système de surveillance épidémiologique	Données hebdomadaires à chaud sur les maladies à risque épidémique	Système de notification hebdomadaire
Communauté	Mortalité infantile, infanto-juvénile maternelle etc. Couverture des interventions : (exemple : accès aux soins, utilisation des moustiquaires imprégnées)	Enquête des ménages :MICS, EDS, MIS Observatoires démographiques Enquête des ménages
Universités et Instituts de recherche	Résultat de recherche : (exemple : efficacité des médicaments)	Rapport de recherche, articles de revues scientifiques
Partenaires bilatéraux et ONGs	Couverture des interventions	Rapports de routine et rapport d'évaluation

MICS : multiple indicator cluster survey (enquête organisée par l'UNICEF); EDS : enquête démographique et de santé; MIS : malaria indicator survey

sées pour la collecte des différents types de données. Il faut savoir que les données nécessaires au M&E des programmes de santé doivent provenir de différentes sources et de différents niveaux : structures de santé (hôpitaux nationaux, hôpitaux provinciaux et départementaux, centres de santé, postes de santé), ménages, familles ou individus spécifiques qui constituent la communauté (Tableau II). Les méthodes pour collecter ces données aussi différent. Le programme peut utiliser des données de routine, mais peut aussi être amené à organiser des enquêtes dans les formations sanitaires et/ou dans les foyers. La fréquence de collecte dépendra du type de données et du temps défini pour atteindre les objectifs.

A cette étape de la planification il sera utile d'avoir un cadre logique pour le monitoring et évaluation (Tableau III).

Identification et mise en place des ressources nécessaires

Une fois toutes ces étapes franchies, il est indispensable d'identifier et de mettre en place les ressources nécessaires pour faire fonctionner ce système :

- ressources humaines possédant les qualifications requises : aussi bien dans le programme en question que dans le système de santé en général;

- ressources matérielles : en terme d'équipements nécessaires pour faire fonctionner ce système (ordinateurs, logiciels, véhicules etc.);

- ressources financières : il est important dans le programme de faire une bonne budgétisation de la composante M&E.

Intégration avec les autres programmes

Les programmes de santé utilisent en général les mêmes ressources humaines au niveau communautaire, mais aussi dans le système de santé. Il est logique et indispensable que ces programmes collaborent dans le M&E pour avoir une approche rationnelle de la collecte des données. En plus de cela, beaucoup de programmes ont des cibles communes ou des interventions plus ou moins liées. Par exemple les programmes de lutte contre le paludisme, la PCIME (prise en charge intégrée des maladies de l'enfance), le PEV (programme élargi de vaccination) visent tous à réduire la mortalité infantile et infanto-juvénile. Chaque programme peut servir de véhicule pour fournir les services d'un autre programme y compris la collecte de données. L'exemple le plus en vue actuellement est la combinaison des campagnes de vaccination contre la rougeole à la distribution des moustiquaires imprégnées aux enfants, ainsi que l'évaluation commune. L'OMS et l'UNICEF ont d'ailleurs sorti une déclara-

Tableau III - Extrait du cadre logique pour le monitoring et évaluation de lutte contre le paludisme au Burundi (7)

Objectifs d'impact d'ici fin 2007	Type de données indicateurs objectivement vérifiables	Méthode de collecte Source de vérification	Date	Hypothèses Contraintes
Réduire de 30% la mortalité imputable au paludisme	Taux de mortalité imputable au paludisme	Enquête auprès des ménages Enquête dans les formations sanitaires Rapport EPISTAT	Fin 2007	
Réduire de 40% le taux de létalité des patients hospitalisés pour paludisme	Taux de létalité des patients hospitalisés pour paludisme	Formations sanitaires (registres, dossiers de malades) Rapport EPISTAT	Fin 2007	Disponibilité du personnel qualifié
Réduire de 20% la morbidité imputable au paludisme	Taux de morbidité imputable au paludisme	Formations sanitaires Enquêtes auprès des ménages	Fin 2007	Persistence des poussées épidémiques Extension des zones de transmission

ration commune dans ce sens (7). De la même façon les enquêtes dans les formations sanitaires initiées par l'OMS AFRO pour évaluer la qualité de la prise en charge du paludisme intègrent les outils développés par la PCIME. Cette collaboration est aussi utile pour la mobilisation des ressources. La collaboration entre les programmes de santé de la reproduction et ceux pour la lutte contre le VIH-SIDA et contre le paludisme s'avère aussi indispensable en ce qui concerne la réduction de la transmission mère-enfant du VIH et la lutte contre la paludisme pendant la grossesse.

MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE DU M&E DES PROGRAMMES

Données de base

Il est important de vérifier que les données de base existent pour pouvoir évaluer les programmes en fonction des objectifs et indicateurs définis. Le cas échéant, une collecte de données de base s'avérera nécessaire dès le début pour avoir des repères de départ. Cela sera important pour pouvoir attribuer ultérieurement les succès aux interventions développées, toutes choses étant égales par ailleurs.

Collecte régulière, gestion et utilisation des données

Il est important de s'assurer que les outils pour la collecte des données existent. Si ces outils n'existent pas déjà, il est impératif de les développer. Par exemple, dans la plupart des systèmes de santé en Afrique les données concernant le paludisme chez la femme enceinte ne sont enregistrées nulle part (2-4).

Le responsable de la collecte des données doit être identifié à tous les niveaux du système de santé en fonction du type de données et de la source.

Au niveau national une base de données doit être développée en fonction des besoins. Cette base de données doit être en mesure d'intégrer des informations provenant de sources diversifiées (Tableau II). Cette base de données n'est pas une duplication de celle du système national d'information sanitaire qui doit aussi contribuer à l'alimenter. En effet les données permettant le M&E des programmes spécifiques incluent mais dépassent les données du système d'information sanitaire.

La base de données nécessite une mise à jour régulière en fonction des informations qui arrivent pour être utiles. Il est impératif aussi d'avoir un bon système de contrôle de qualité des données à intégrer dans cette base.

Pour que ces données soient utiles et utilisables, elles doivent être régulièrement analysées et partagées avec les différents intervenants. La diffusion peut se faire lors de réunions, mais il est important pour un programme d'avoir un bulletin d'information trimestriel ou semestriel qui servira de canal de diffusion.

Les données issues du M&E devront être utilisées pour orienter la prise de décision.

Il est important pour un programme de santé à l'échelle nationale de produire des rapports trimestriels, semestriels et annuels de mise en œuvre des activités en fonction du plan d'action préalablement élaboré.

Les évaluations d'effet et d'impact doivent être mises en œuvre selon la planification préalable. En général, il faut une évaluation à mi-parcours et une évaluation en fin de cycle. Ces évaluations demandent une sérieuse préparation

par rapport à la méthodologie, et leur déroulement doit être rigoureux. Les rapports d'évaluations doivent aussi être largement diffusés.

L'évaluation en fin de cycle d'un programme n'est pas une fin en soit et doit constituer l'évaluation de base du programme à venir, la planification étant un processus cyclique continu.

Le renforcement continu des capacités des personnes responsables de la collecte et de la gestion des données est indispensable.

Les différents partenaires et intervenants identifiés (Tableau II) doivent faire partie intégrante du système de monitoring et évaluation.

CONCLUSION

Il est aujourd'hui inacceptable que les programmes de santé qui sont financés par des millions de dollars et d'euros ne puissent disposer d'un système de monitoring et évaluation fiable et performant. Ce système doit être conçu au moment de l'élaboration de ces programmes et les ressources nécessaires pour son fonctionnement identifiées. La collaboration entre programmes de santé et entre les différents intervenants est indispensable pour assurer le monitoring et évaluation. Au niveau national, pour un programme donné, il est important d'avoir un seul système de monitoring et évaluation pour un programme donné, dans lequel tous les intervenants se retrouveront.

RÉFÉRENCES

- 1 - AFARI E, FALL I S, MINKOULOU E, TOHON S - Report on the technical support to strengthen RBM Monitoring and Evaluation system in Ghana. Report WHO AFRO 2003, 18p
- 2 - FALL IS, MINKOULOU E - Rapport de la mission d'appui technique au Burkina Faso pour le renforcement du système de monitoring et évaluation de «faire reculer le paludisme». Rapport OMS -AFRO 2003 ; 23 p.
- 3 - FALL I S, MINKOULOU E - Appui technique au Sénégal pour le renforcement du système de monitoring et évaluation de «faire reculer le paludisme». Rapport OMS -AFRO 2003; 21 p.
- 4 - FALL IS, MINKOULOU E - Rapport de la mission d'appui technique au Bénin pour le renforcement du système de monitoring et évaluation de «faire reculer le paludisme». Rapport OMS -AFRO 2003; 21p
- 5 - MC COMBIE SC - Treatment seeking for malaria: a review of recent research. *Soc Sci Med* 1996; 43: 933-945
- 6 - FALL IS, COULIBALY A - Rapport de mission au Burundi pour l'analyse de situation et la planification de la lutte contre le paludisme. Rapport OMS-AFRO 2002, 61p
- 7 - WHO-UNICEF - Malaria Control and Immunization : a sound partnership with great potential. Joint statement WHO-UNICEF 2004, 4 p.

POUR EN SAVOIR PLUS

- <http://www.mosquito.who.int>
- http://www.theglobalfund.org/pdf/guidelines/pp_me_toolkit_en.pdf
<http://rbm.who.int/merg>