



Compendium d'Indicateurs pour l'Evaluation des Programmes de la Santé de la Reproduction

Volume I

Jane T. Bertrand
Gabriela Escudero



Compendium d'Indicateurs pour l'Évaluation des Programmes de la Santé de la Reproduction

Série de Manuels MEASURE Evaluation, Numéro 6

Jane T. Bertrand et Gabriela Escudero

(Version originale en anglais, août 2002)

Volume 1



Ce compendium a été financé par l'USAID selon les termes de l'Agrément Coopératif GPO-A-00-03-00003-00. Les avis exprimés dans le texte sont ceux des auteurs, et pas nécessairement ceux de l'USAID.

Janvier 2008

MS-02-06a-fr



Imprimé sur papier recyclé

Ce compendium représente les pas gigantesques qu'ont accomplis multiples individus et organisations au cours de la dernière décennie dans l'évaluation des programmes de santé de la reproduction dans les pays en voie de développement. Plus de cent collègues ont contribué à cet effort : en assistant aux réunions de groupe, en écrivant le texte, en révisant les ébauches de sections spécifiques et en répondant aux demandes d'information. Nous remercions nos nombreux collaborateurs, qui sont tous cités dans l'annexe A.

L'USAID a rendu possible cette œuvre comme faisant partie du projet MEASURE Evaluation Phase I. Nous voudrions remercier Norma Wilson et Sara Pacqué-Margolis, les anciennes conseillères techniques de MEASURE *Evaluation*, pour leur assistance continue. Aussi, l'ancien Directeur de MEASURE *Evaluation*, Ties Boerma, a apporté à la version originale (en anglais) son soutien enthousiaste, ses conseils techniques solides (surtout dans le domaine de IST/VIH/SIDA) et sa bonne humeur. Finalement, un grand merci à Sian Curtis, la Directrice actuelle de MEASURE *Evaluation*, qui a soutenu les traductions de ce *Compendium* en français et en espagnol.

Les auteurs sont spécialement reconnaissants aux collègues qui ont esquissé des parties spécifiques du texte ; ils sont nommés ci-dessous selon l'ordre dans lequel leur contribution apparaît dans le texte.

Le statuts des femmes et le renforcement de leur pouvoir d'action	Sunita Kishor
D'encadrés du point de vue du genre	Karin Ringheim Nancy Yinger Jennifer Wheeler
Le contexte politique	Karen Foreit
La gestion	Anne Young Packham Allison Ellis
La formation	Alfredo Fort Sue Brechin Rick Sullivan
Les produits et la logistique	Dana Gelfeld Aranovich Steve Kinzett Tim Williams
La communication pour le changement de comportement (CCC)	Maria Elena Figueroa D. Lawrence Kincaid
La recherche opérationnelle	M. Celeste Marin
Le contexte de la prestation de services : SPA QIQ	Nancy Fronczak Tara Sullivan
La qualité des soins	Diana Silimperi Bruno Bouchet Stephane Legros
L'intégration des services	Ian Askew
La maternité sans risque	Mandy Rose
La santé du nouveau-né	Mandy Rose
L'allaitement au sein	Nadra Franklin
Les programmes de santé de la reproduction de l'adolescent	Robert J. Magnani Kristin Nelson
Les soins après avortement	Janie Benson

La violence faite aux femmes

Suzanna Stout Banwell
Mary Ellsberg
Victoria Frye

La santé de la reproduction en situations
d'urgence

Theresa McGinn
Susan Purdin

L'amélioration de la performance

Alfredo Fort

Les auteurs ont utilisé des experts de sujet, sollicitant d'eux des commentaires sur les parties pertinentes ; la plupart du texte a subi plusieurs révisions. L'ébauche finale a été remise à un groupe d'experts externes, qui ont chacun révisé au moins cinq parties différentes du texte. Nous remercions tous les experts qui nous ont aidés.

La traduction en Français a été faite par Ericka Moerkerken, que nous remercions beaucoup. Nous disons aussi un grand merci aux personnes suivantes qui ont révisé la traduction Française de parties spécifiques ; elles sont Lisanne Brown, Nafissatou Diop-Sidibé, Theresa Finn, Léontine Gnassou, Thérèse McGinn, Stéphanie Mullen, et du personnel de l'organisation Ipas.

Finalement, nous remercions Marjorie Moise d'avoir édité l'ébauche finale en Français et à Anton Zuicker, Wayne Hoover d'avoir produit la présentation finale.

Ce compendium a été financé par l'USAID selon les termes de l'Agrément Coopératif GPO-A-00-03-00003-00. Les avis exprimés dans le texte sont ceux des auteurs, et pas nécessairement ceux de l'USAID.

SOMMAIRE

Preface	iii
Sigles et Abreviations	vii
Liste d'Indicateurs	xi
Première partie. Vue d'ensemble du <i>Compendium</i>	1
A. Raison d'être	1
1. Les objectifs du <i>Compendium d'indicateurs</i>	2
2. Le public visé	2
3. L'organisation de ce <i>Compendium</i>	4
4. Le choix des indicateurs	5
5. De l'usage de ce <i>Compendium</i>	6
B. Indicateurs et évaluation de programmes	7
1. L'évaluation de programmes : définitions	7
2. La valeur d'un cadre conceptuel	7
3. Mesures de programme et mesures basées sur la population	8
4. Les sources de données	9
5. Intrans, processus, sortie et effet (<i>Input, process, output, outcome</i>)	12
6. La causalité	13
7. Indicateurs quantitatifs et indicateurs qualitatifs	14
8. Le cadre de résultats (<i>Results Framework</i>).....	15
9. Exigences au niveau de la présentation de rapports pour les agences coopérantes de l'USAID	16
Deuxième partie. Les indicateurs qui recoupent plusieurs domaines de programmation	19
A. Le statut des femmes et le renforcement de leur pouvoir d'action	21
B. Le contexte politique	33
C. La gestion	53
D. La formation	81
E. Les produits et la logistique	103
F. La communication pour le changement de comportement (CCC)	123
G. La recherche opérationnelle (RO).....	153
H. Le contexte de la prestation de services.....	167
H.1 L'accès	175
H.2 La qualité des soins	185
H.3 L'intégration des services	211
H.4 L'équité entre les sexes et la sensibilité aux questions de genre	217
Troisième partie III. Les indicateurs pour domaines de programmation spécifiques	225
A. Les indicateurs globaux en santé de la reproduction	227
B. Planification familiale et fécondité	233
C. Les IST et le VIH/SIDA	265
D. La maternité sans risque	315
E. La santé du nouveau-né	353
F. La nutrition des femmes	381
G. L'allaitement au sein	405
H. Les programmes de santé de la reproduction de l'adolescent	415
I. Les soins après avortement	449
J. La participation masculine aux programmes de SR	467
K. La violence faite aux femmes	479

L. L'excision génitale féminine	491
M. La santé de la reproduction en situations d'urgence	503
Appendice A Collaborateurs a l'elaboration du <i>Compendium</i> d'indicateurs	517
Appendice B Conseils pour la selection des indicateurs.....	523
Appendice C L'amelioration de la performance (AP)	527
Appendice D Outil d'evaluation des indicateurs logistiques (OEIL).....	535
Appendice E.1 Outil d'évaluation du système logistique, guide de l'utilisateur (OESL), manuel d'instructions	577
Appendice E.2 Outil d'évaluation du système logistique (OESL)	649
Appendice F L'instrument de collecte des donnees pour l'évaluation du processus et de l'impact de la recherche operationnelle	760
Appendice G Les indicateurs pour l'évaluation des prestations de services (EPS)	765
Appendice H Le calcul du niveau des besoins non satisfaits en matiere de planification familiale, exemple tiré de l'EDS pour le pérou (2000).....	785
Bibliographie	786

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AC	Agences coopérantes
ACP	Année-couple de protection
ACQ	Amélioration continue de la qualité
AED	Académie pour le développement de l'éducation
AL	Aménorrhée lactationnelle
AME	Allaitement maternel exclusif
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
AMV	Aspiration manuelle par le vide
AOL	<i>America On-Line</i>
AP	Amélioration de la performance
AQ	Assurance de la qualité
AS	Analyse situationnelle
AT	Accoucheuse traditionnelle
ATTI	Délai entre l'admission et la prise en charge (<i>Admission-to-treatment-time-interval</i>)
BCAH	Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires
BCG	Bacille (bilié) de Calmette et Guérin (vaccin)
BUCEN	Bureau des Etats-Unis de l'enregistrement (<i>Bureau of Census</i>)
CAFS	<i>Center for African Studies</i>
CAP	Connaissances, attitudes, pratiques
CCC	Communication pour le changement des comportements
CCV	Contraception chirurgicale volontaire
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIM	Classification internationale des maladies
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CLHP	Chromatographie liquide à haute performance
CMB	Circonférence musculaire brachiale
COC	Contraceptifs oraux combinés
CP	Consultations prénatales
CPC	Connaissances, pratiques et couverture
CTV	Conseil et test VIH volontaires
CVA	Carence en vitamine A
DBC	Distribution à base communautaire
DEC	Déficience énergétique chronique
DFID	Département pour le développement international du Royaume Uni
DIU	Dispositif intra-utérin
DMU	Dispositif minimum d'urgence
DTP	Diphthérie tétanos polio
EB	Evaluation des besoins
EDS	Enquête démographique et de santé
EF	Excision féminine
EMF	Enquête mondiale sur la fécondité
EPS	Evaluation des prestations de service
ESC	Enquête de surveillance des comportements
ESR	Enquête sur la santé de la reproduction
EV	Efficacité vaccinale
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FPN	Faible poids de naissance

FRP	« Faire reculer le paludisme » (Initiative RBM)
GIMI	Gestion intégrée des maladies infantiles (en anglais, <i>ICMI</i>)
GQT	Gestion de la qualité totale
GPS	Système de positionnement global (<i>Global Positioning System</i>)
GRH	Gestion des ressources humaines
ICP	Interaction client-prestataire
ICRW	Centre international de recherche sur les femmes (<i>International Center for Research on Women</i>)
IEC	Activités d'information, éducation et communication
IEPS	Indice d'effort du programme SIDA
IFSM	Indice de fécondité synthétique maritale
IHAB	Initiative des hôpitaux amis des bébés
IMC	Indice de masse corporelle
IO	Infections opportunistes
IPPF	Fédération internationale pour la planification familiale
IRA	Infection respiratoire aigue
ISF	Indice synthétique de fécondité
ISFN	Indice synthétique de fécondité non-souhaitée
ISFS	Indice synthétique de fécondité souhaitée
ISO	Organisation internationale de normalisation
IST	Infection sexuellement transmissible
IVAGG	Groupe consultatif international sur la vitamine A (<i>International Vitamine A Consultative Group</i>)
JHPIEGO	<i>Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics</i>
JHU	Université Johns Hopkins
JHU/CCP	Université Johns Hopkins / Centre pour les programmes de communication
JSI	John Snow, Incorporated
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MICS	Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (<i>Multiple Indicator Cluster Surveys</i>)
MUAC	Périmètre brachial (<i>Mid-Upper Arm Circumference</i>)
MNPI	Indice des composantes du programme maternel et néonatal (<i>Maternal Neonatal Program Index</i>)
NCPD	Conseil national pour la population et le développement du Kenya (<i>National Council for Population and Development Kenya</i>)
NEHK	Nouveau kit sanitaire d'urgence (<i>New Emergency Health Kit</i>)
NHANES	Enquête nationale de la santé et de l'alimentation (<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>)
NIDI	L'Institut démographique interdisciplinaire des Pays-Bas
OBP	Organisation bénévole privée
OC	Organismes collaborateurs (de l'USAID)
OEIL	Outil d'évaluation des indicateurs logistiques
OESL	Outil d'évaluation du système logistique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPS	Organisation pan-américaine de la santé
PA	Programme d'action
PAI	<i>Population Action International</i>
PAM	Programme alimentaire mondial
PAPFAM	Projet pan-Arabe pour la santé familiale
PAQ	Projet d'assurance de la qualité
PASCA	Programa Acción SIDA de Centroamérica
PATH	Programme de technologies appropriées en santé

PB	Périmètre brachial
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDI	Personnes déplacées à l'échelle interne
PEV	Programme élargie de vaccination
PF	Planification familiale
PFN	Planification familiale naturelle
PF/SR	Planification familiale/santé de la reproduction
PMP	<i>Performance Monitoring Plan</i>
PMS	Programme mondial SIDA
PPPS	Premier à périmer, premier sorti
PPS	Points de prestation de services
PRB	<i>Population Reference Bureau</i>
PS	Progestatifs seuls
PSI	<i>Population Services International</i>
PSS	Prestataire de soins de santé
QIQ	Evaluation rapide de la qualité (<i>Quick Investigation of Quality</i>)
QS	Qualité des soins
RAMOS	Enquête sur la mortalité des femmes en âge de procréer (<i>Reproductive Age Mortality Survey</i>)
RBP	Protéine de transport du rétinol (<i>retinol-binding protein</i>)
RCIU	Retard de croissance intra-utérine
RO	Recherche opérationnelle
RPR	Recherche rapide de la réagine plasmatique
RSM	Rapport sur la santé dans le monde
SAA	Soins après avortement
SBC	Services à base communautaire
S&E	Suivi et évaluation
SI	Santé infantile
SIDALAC	Initiative régionale VI/SIDA pour l'Amérique Latine et les Caraïbes
SIF	Système d'information sur la formation
SIG	Système d'information de gestion
SIGL	Système d'information de gestion de la logistique
SIS	Système d'information sanitaire
SMI	Santé maternelle et infantile
SOE	Soins obstétriques essentiels et d'urgence
SP	Soins du post-partum
SR	Santé de la reproduction
SRA	Santé de la reproduction de l'adolescent
SSR	Santé en matière de sexualité et de la reproduction.
TA	Taux d'avortement
TAC	Tableau d'approvisionnement des contraceptifs
TBN	Taux brut de natalité
TCI	Troubles liés à la carence en iode
TFA	Taux de fécondité par âge
TFMA	Taux de fécondité maritale par âge
TME	Transmission mère-enfant
TMN	Taux de mortalité néonatale
TMNP	Taux de mortalité néonatale précoce
TMNT	Taux de mortalité néonatale tardive
TMP	Taux de mortalité périnatale
TN	Tétanos néonatal
TPC	Taux de prévalence de la contraception
TPI	Traitement préventif intermittent

TT2+	Deux doses d'anatoxine tétanique
UI	Unités internationales
UNHCR	Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VDRL	Laboratoire de référence sur les maladies vénériennes
VFF	Violence faite aux femme
VIH	Virus de l'immuno-déficience humaine
VPI	Violence exercée par des partenaires intimes
VS	Violence sexuelle
VSVLG	Violence sexuelle et violence liée au genre

Liste d'Indicateurs

Ce compendium est organisé en deux parties et inclus les indicateurs suivants: celui qui recourent les divers domaines de programmation décrit dans la deuxième partie (dans Volume I) et celui qui sont propres aux principaux domaines de programmation dans le domaine de la santé de la reproduction (décrit dans la troisième partie, Volume II). Chaque indicateur est décrit en détaille selon les pages indiqués.

Partie II.A Le statut des femmes et le renforcement de leur pouvoir d'action	21
Le pourcentage de femmes ayant complété au moins quatre années de scolarisation	26
Le pourcentage de femmes exposées aux mass media de façon hebdomadaire	27
Le pourcentage de femmes qui gagnent des revenus en argent	28
Le pourcentage de femmes qui décident principalement de quelle manière leurs revenus seront utilisés	29
Le pourcentage de femmes ayant la permission de se rendre seules au centre de santé	30
L'indice de participation des femmes dans la prise de décision au niveau du ménage	31
Partie II.B Le contexte politique	33
L'existence de politiques, de plans, et de directives visant à promouvoir l'accès et/ou la qualité des services en SR	36
Le retrait des obstacles au développement des politiques en matière de SR et/ou de prestation de services	38
Le nombre d'incitations politiques visant à accroître la participation du secteur privé dans la prestation de services en SR	40
Les ressources disponibles pour la SR	41
Le nombre de nouveaux mécanismes de financement identifiés et mis à l'épreuve	43
Le soutien à la SR au niveau politique et au niveau de la population	44
La participation dans le processus de formulation des politiques en SR	46
Le nombre de réseaux ou de coalitions d'ONG travaillant dans le domaine de la SR	48
Le caractère adéquat du processus de planification des politiques	49
Partie II.C La gestion	53
L'existence d'une mission claire et stratégique	58
La capacité d'adaptation d'une stratégie	59
La capacité d'atteindre les objectifs annuels	60
La disponibilité d'une structure organisationnelle logique et clairement définie	61
Le nombre/la proportion d'employés dont la performance a été évaluée selon les normes de performance de la gestion ...	63
Le pourcentage de postes clés pourvus.....	64
Le taux de renouvellement du personnel	65
La disponibilité et l'utilisation d'un système de planification cohérent	66
La qualité des plans stratégiques et opérationnels	68
Le nombre/la proportion d'unités organisationnelles/de programme utilisant les données de façon systématique pour faire le suivi de la performance	69
Le nombre/la proportion d'unités de rapport qui remettent un rapport SIG de routine complet à temps	71
Le pourcentage d'éléments relatifs aux données rapportées correctement dans les rapports SIG	72
L'institutionnalisation d'un système d'assurance de la qualité	74
L'existence de budget(s) relié(s) au(x) plan(s) opérationnel(s)	76
L'efficacité des systèmes de gestion financière.....	77
Le pourcentage du revenu annuel issu de sources diverses	78

Partie II.D La formation	81
Le nombre de stagiaires, par catégorie d'employé et par sujet de formation	85
Le nombre/le pourcentage de stagiaires qui maîtrisent des connaissances pertinentes	87
Le nombre/le pourcentage de stagiaires ayant les compétences nécessaires pour fournir des services spécifiques une fois leur formation terminée	88
Le nombre/le pourcentage de stagiaires assignés à un point de prestation de services et à un poste de travail appropriés	89
Le nombre/le pourcentage de prestataires formés faisant preuve d'une performance selon les directives ou les normes établies	90
Le nombre/le pourcentage de formations qui atteignent les objectifs d'apprentissage	91
L'organisation a les capacités de maintenir un système d'information fonctionnel concernant son programme de formation	92
Le nombre de professeurs et de formateurs qui utilisent des compétences professionnelles de formation essentielles sur le lieu de travail.....	94
L'organisation possède un processus systématique pour le suivi et le soutien des stagiaires après la formation	95
L'existence d'une stratégie de formation fondée sur l'évaluation des besoins, visant à améliorer la qualité de la prestation de services	96
L'organisation évalue son programme de formation de façon systématique afin d'en améliorer l'efficacité	98
Les capacités prouvées de mettre en oeuvre des formations de façon soutenue	100
La capacité de l'organisation/du système de s'adapter aux besoins changeants dans le domaine de la formation ...	101
Partie II.E Les produits et la logistique	103
La précision des données logistiques pour la gestion de l'inventaire	110
Le pourcentage de centres qui maintiennent des conditions de stockage acceptables	112
La différence, exprimée en pourcentage, entre les quantités de produits commandés et les quantités effectivement reçues	113
Le nombre de centres, exprimé en pourcentage, ayant connu une rupture de stock pendant une période donnée	114
Le pourcentage de centres dont les niveaux de stock assurent une disponibilité des produits à court terme	116
L'outil d'évaluation du système logistique (OESL) – des indicateurs d'ordre qualitatif	118
Partie II.F La communication pour le changement de comportement (CCC)	123
Le pourcentage du public visé se souvenant d'avoir entendu ou vu un message particulier.....	129
Le pourcentage du public visé connaissant un produit, une pratique ou un service	131
Le pourcentage du public visé démontrant une certaine attitude (envers le produit, la pratique, le service)	133
Le pourcentage du public visé croyant que l'époux/se, les amis, la famille et la communauté sont d'accord (ou pas d'accord) avec la pratique concernée	135
Le pourcentage du public visé percevant un risque lié à un comportement donné	136
Le pourcentage du public visé ayant une forte réaction émotionnelle (à la communication)	138
Le pourcentage du public visé certain de pouvoir changer de comportement	140
Le pourcentage de non utilisateurs ayant l'intention d'adopter une certaine pratique à l'avenir	142
Le pourcentage du public visé ayant encouragé (ou déconseillé) à leurs amis et à membres de leur famille d'adopter la pratique en question	144
Le nombre d'expositions à des sites Web et à d'autres ressources liées à l'Internet	145
L'utilisation des produits sur un site Web donné	149
Partie II.G La recherche opérationnelle	153
La performance de la recherche opérationnelle et l'impact des résultats	158
Partie II.H Le contexte de la prestation de services	167

Partie II.H.1 L'accès	175
La durée/la distance moyenne pour accéder à un établissement de santé de la reproduction offrant un service particulier.....	176
Le nombre d'établissements de prestation de services fournissant un service de SR particulier, pour 500 000 personnes.....	178
Le coût de l'approvisionnement d'un mois en contraceptifs, exprimé en pourcentage du salaire mensuel.....	179
Le pourcentage d'établissements de santé utilisant des critères d'éligibilité restrictifs pour des raisons autres que médicales	181
Le pourcentage de non utilisation liée à des barrières psychosociales	183
Partie II.H.2 La qualité des soins	185
A. L'Évaluation des prestations de services (EPS)	
Le pourcentage d'établissements préparés à fournir les services essentiels	189
Le pourcentage d'établissements ayant un système de soutien à la qualité de la prestation de services (évalué séparément pour chaque service concerné)	191
Le pourcentage d'établissements où ___ pour cent des clientes reçoivent le service à la hauteur des normes attendues	193
B. L'Évaluation rapide de la qualité (QIQ)	
L'Évaluation rapide de la qualité (QIQ)	195
C. L'Approche d'assurance de la qualité (appliquée à la santé maternelle)	
Le pourcentage de nouveau-nés recevant des soins immédiats selon les directives du Ministère de la santé ..	205
Le taux de mortalité périnatale au niveau d'un établissement	206
Le pourcentage d'accouchements au cours desquels un partogramme a été correctement utilisé	207
Le pourcentage d'accouchements pour lesquels un dossier clinique périnatal a été correctement rempli	208
Le pourcentage de mères examinées toutes les 30 minutes au cours des deux premières heures suivant l'accouchement	209
Partie II.H.3 L'intégration des services	211
Le pourcentage de clientes recevant plus d'un service en santé de la reproduction au cours d'une visite donnée ...	213
Partie II.H.4 L'équité entre les sexes et la sensibilité aux questions de genre	217
L'équité entre les sexes dans le contexte organisationnel	218
La sensibilité au genre au niveau du contexte de la prestation de services	220
Partie III.A Les indicateurs globaux en santé de la reproduction.....	226
La liste abrégée de l'OMS des indicateurs globaux pour le suivi de la santé de la reproduction	227
L'indice de risque reproductif de PAI	230
Partie III.B Planification familiale et fécondité	233
L'indice d'effort du programme de planification familiale.....	236
Aider les individus à réaliser leurs intentions de procréation (l'indice HARI)	238
Le nombre de nouvelles acceptantes de la contraception moderne	240
Les années-couple de protection (ACP)	241
La distribution par méthode	243
Le taux de prévalence de la contraception (TPC).....	245
La source d'approvisionnement (par méthode)	247
Les taux de continuité	248
Le besoin non satisfait en matière de planification familiale	250

Le désir d'enfants supplémentaires	254
L'indice synthétique de fécondité souhaitée (ISFS)	255
Les taux de fécondité par âge (TFA)	257
L'indice synthétique de fécondité (ISF)	259
L'indice synthétique de fécondité non souhaitée (ISFN)	261
Partie III.C Les IST et le VIH/SIDA	265
L'indice d'effort du programme SIDA	269
Disponibilité de préservatifs à l'échelle nationale	270
Pourcentage de la population ayant une attitude tolérante envers les personnes VIH-positives	272
Pourcentage de la population ayant des connaissances sur les moyens de prévention du VIH	274
Pourcentage de la population n'ayant pas de croyances erronées sur le SIDA	276
Pourcentage de la population ayant des connaissances sur les moyens de prévention de la transmission mère-enfant du VIH	278
Pourcentage de la population ayant demandé et subi le test du dépistage du VIH et ayant reçu les résultats	280
Centres de conseil et de test VIH volontaires répondant aux conditions minimales pour assurer la prestation de services de qualité	283
Pourcentage de femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH	285
Cliniques de consultations prénatales offrant des services CTV et une orientation vers ces services	287
Pourcentage de la population ayant eu des rapports sexuels à risque au cours de l'année précédente	288
Pourcentage d'utilisation de préservatifs au cours du dernier rapport sexuel à risque	290
Pourcentage d'hommes ayant recours au commerce du sexe au cours de l'année précédente	292
Pourcentage de jeunes ayant eu multiples partenaires sexuels au cours de l'année précédente	294
Pourcentage de jeunes utilisant un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque	295
Pourcentage d'usagers de drogues injectables n'échangeant jamais leur matériel au cours du dernier mois	296
Pourcentage d'unités de sang pour transfusion ayant passé un dépistage	298
Pourcentage de patients atteints d'IST recevant un diagnostic correct et un traitement approprié	300
Pourcentage de patients atteints d'IST recevant de conseil sur l'usage du préservatif et la notification du partenaire, et de l'orientation vers des services de dépistage du VIH	302
Pourcentage de centres de santé offrant des services IST ayant un approvisionnement adéquat de médicaments ...	304
Nombre/pourcentage de centres de santé ayant la capacité de fournir des soins adéquats à des patients infectés par le VIH	305
Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans	307
Prévalence du VIH dans les groupes de populations à risque	309
Pourcentage d'enfants de moins de 18 ans qui sont orphelins	311
Partie III.D La maternité sans risque	315
Existence d'un plan stratégique ou opérationnel visant à promouvoir l'accès à et/ou la qualité des services de maternité sans risque	320
Indice des composantes du programme maternel et néonatal	321
Nombre d'établissements de santé pour 500 000 habitants offrant des soins obstétricaux essentiels	323
Pourcentage d'établissements de santé menant des analyses/audits des cas de décès maternels et des cas très critiques	325
Pourcentage de femmes enceintes fréquentant des dispensaires de soins prénatals soumises au dépistage de la syphilis	327
Pourcentage de femmes présentant des complications obstétricales prises en charge dans un délai de deux heures après leur arrivée à l'établissement de santé	329
Proportion des césariennes par rapport à la totalité des accouchements	331
Taux de létalité (de mortalité clinique) — pour tous les types de complication	333
Pourcentage du public visé connaissant les trois principaux signes avant-coureurs/de danger des complications obstétricales	335

Pourcentage de femmes assistées au moins une fois au cours de leur grossesse pour des raisons associées à la grossesse	337
Pourcentage de femmes ayant reçu ou acheté un traitement antipaludique au cours de leur plus récente grossesse	339
Pourcentage de femmes ayant reçu un traitement anthelminthique au cours de la grossesse	341
Pourcentage d'accouchements assisté par un personnel de santé qualifié.....	342
Pourcentage de femmes prises en charge lors du post-partum par un personnel qualifié	344
Rapport de mortalité maternelle	346
Besoins satisfaits en matière de soins obstétricaux essentiels (SOE)	349
Partie III.E La santé du nouveau-né	353
Proportion d'hôpitaux et de maternités accrédités comme étant « amis des bébés »	360
Pourcentage du public visé connaissant les signes avant-coureurs/de danger des complications survenant chez le nouveau-né	362
Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses d'anatoxine tétanique	364
Pourcentage d'accouchements à domicile avec des soins apportés à la propreté du cordon ombilical	366
Pourcentage de nouveau-nés pris en charge par un prestataire de soins de santé au cours de la période post-natale	368
Pourcentage de naissances vivantes de faible poids	370
Nombre de cas de tétanos néonatal	372
Taux de mortalité néonatale (TMN)	374
Taux de mortalité périnatale (TMP)	376
Taux de mortalité spécifique en fonction du poids à la naissance	378
Partie III.F La nutrition des femmes	381
Pourcentage de femmes enceintes prenant au moins un kg par mois au cours des deux derniers trimestres de grossesse	386
Pourcentage de femmes en âge de procréer qui ne sont pas enceintes ayant un indice de masse corporelle (IMC) faible	387
Pourcentage de femmes ayant une circonférence musculaire brachiale (CMB) faible	389
Pourcentage de points de prestation de services disposant de réserves adéquates en suppléments minéraux et de vitamines	390
Pourcentage de femmes enceintes qui reçoivent la quantité recommandée de suppléments de fer/d'acide folique pendant la grossesse	392
Pourcentage de femmes en âge de procréer souffrant d'anémie	394
Pourcentage de femmes vivant dans des ménages utilisant du sel à teneur adéquate en iode	396
Pourcentage de femmes qui reçoivent des suppléments de vitamine A lors des visites post-partum.....	397
Pourcentage de femmes ayant une concentration sérique en vitamine A faible	399
Pourcentage de femmes souffrant de cécité nocturne au cours de leur plus récente grossesse	401
Partie III.G L'allaitement au sein	405
Initiation à l'allaitement au sein au moment opportun : pourcentage des nourrissons de 0 à <12 mois qui ont été mis au sein en deçà d'une heure après l'accouchement	408
Taux d'allaitement maternel exclusif (AME) : pourcentage des nourrissons de 0 à < 6 mois qui ont été nourris exclusivement au sein	409
Taux d'alimentation complémentaire commencée au bon moment : pourcentage de nourrissons de 6 à < 10 mois ayant reçu du lait maternel et des aliments solides et/ou semi-solides	411
Taux d'acceptation de la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (AL) : pourcentage de femmes éligibles qui utilisent la méthode de l'AL comme méthode de planification familiale	412
Taux d'utilisation de la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (AL) : pourcentage des femmes en âge de procréer qui utilisent l'AL comme méthode de planification familiale	413

Partie III.H Les programmes de santé de la reproduction de l'adolescent	415
Existence de politiques favorables en matière de SRA	418
Les adolescents sont impliqués de façon significative dans la conception et la mise en œuvre du programme ...	419
Pourcentage du personnel du programme ayant reçu une formation pour travailler avec ou offrir des services aux adolescents	420
Pourcentage d'adolescents qui ont connaissance du programme	421
Des services de santé de la reproduction « amis-des-jeunes »	422
Les programmes d'éducation sur la sexualité et la reproduction qui se conforment aux « meilleures pratiques » ...	424
Pourcentage d'adultes dans la communauté ayant une opinion favorable du programme	426
Nombre/pourcentage d'adolescents « desservis » ou « atteints » par le programme et leurs caractéristiques	427
Connaissances au sujet de la santé en matière de sexualité et de reproduction (SSR)	429
Pourcentage d'adolescents ayant une attitude « positive » en ce qui concerne les sujets les plus importants de la santé en matière de sexualité et de reproduction	430
Pourcentage d'adolescents certains de pouvoir refuser d'avoir des rapports sexuelles s'ils (si elles) ne souhaitent pas en avoir	432
Pourcentage d'adolescents certains de pouvoir convaincre leur(s) partenaire(s) d'utiliser un moyen de contraception/des préservatifs s'ils (si elles) le souhaitaient	434
Pourcentage d'adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels	435
L'âge au premier rapport sexuel	436
Nombre de partenaires sexuels chez les adolescents actifs sexuellement au cours d'une période de référence donnée	438
Nombre/pourcentage d'adolescents ayant déjà été contraints ou forcés à avoir des rapports sexuels	439
Pourcentage d'adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels qui ont utilisé un préservatif lors du premier/ dernier rapport sexuel	440
Pourcentage d'adolescents sexuellement actifs, célibataires, qui utilisent des préservatifs lors de chaque rapport sexuel	441
Pourcentage d'adolescents qui utilisent régulièrement les drogues ou l'alcool	442
Pourcentage d'adolescents qui se sentent « reliés » à leurs parents ou à leur famille	443
Pourcentage d'adolescents ayant déjà été enceintes ou d'adolescents ayant déjà causé une grossesse	444
Le besoin non satisfait en matière de planification familiale chez les adolescentes	445
Pourcentage d'adolescents ayant déjà été diagnostiqués d'une IST	446
Partie III.I Les soins après avortement.....	449
Le statut juridique de l'avortement	452
Le statut des politiques se rapportant à l'avortement	453
Le taux d'avortement (TA) et le taux d'avortement total (TAT)	455
Le nombre total d'admissions aux hôpitaux pour des complications liées à l'avortement	457
Nombre/pourcentage de PPS offrant des services de soins après avortement, par type et par répartition géographique	459
Nombre/pourcentage de praticiens formés en soins après avortement, par type et par répartition géographique	460
Pourcentage de PPS offrant des services de soins après avortement répondant à des normes de qualité déterminées ...	461
Nombre/pourcentage de PPS offrant des services de planification familiale aux patientes des services de soins après-avortement	465
Partie III.J La participation masculine aux programmes de SR	467
Le nombre de consultations orientées vers les hommes, par type de service	472
Le pourcentage d'hommes (conjoints) qui apportent leur soutien aux pratiques de SR de leur partenaire	473
Le pourcentage de méthodes de contraception utilisées nécessitant la coopération de l'homme	475
Le pourcentage d'hommes et de femmes qui discutent de sujets relatifs à la santé de la reproduction avec leur époux/épouse ou leur partenaire sexuel	476

Partie III.K La violence faite aux femmes	479
Existence d'une politique règlementant la violence faite aux femmes	484
Nombre de consultations offertes en matière de VFF, par type de service	485
Attitudes des prestataires de soins de santé envers la VFF ou aux services qui s'y rapportent	487
Pourcentage de clientes satisfaites par les services à dimensions multiples offerts en matière de VFF.....	488
Partie III.L L'excision génitale féminine	491
Pourcentage de la population informée au sujet de l'excision génitale féminine : statut juridique, position religieuse, risques de santé	496
Pourcentage de la population en faveur de la poursuite de la pratique de l'excision génitale féminine	498
Pourcentage de femmes âgées de 15 à 19 ans ayant subi l'excision génitale féminine	500
Partie III.M La Santé de la reproduction en situations d'urgence	503
Nombre d'incidents de violence sexuelle signalés pour une population de 10 000 personnes	507
Pourcentage d'établissements de santé disposant de fournitures suffisantes pour respecter les précautions universelles	509
Nombres de préservatifs distribués par population de 1 000.....	510
Nombre de trousses (kits) d'accouchement hygiénique distribuées	511

Première Partie

Vue d'Ensemble du *Compendium*

A. Pourquoi ce *Compendium* : raison d'être

1. Les objectifs
2. Le public visé
3. L'organisation de ce *Compendium*
4. Le choix des indicateurs
5. De l'usage de ce *Compendium*

B. Indicateurs et évaluation de programmes

1. L'évaluation de programmes : définitions
2. La valeur d'un cadre conceptuel
3. Mesures de programme et mesures basées sur la population
4. Les sources de données
5. Intrants, processus, sorties, et effets (*Input, Process, Output, Outcome*)
6. La causalité
7. Indicateurs quantitatifs et indicateurs qualitatifs
8. Le cadre de résultats (*The Results Framework*)
9. Exigences au niveau de la présentation de rapports pour les agences coopérantes de l'USAID

A. Raison d'être

À la source du présent *Compendium*, on trouve deux événements qui ont eu lieu au cours des années 1990. Le premier a été la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), qui s'est tenue en 1994 au Caire, en Égypte. Elle a amené un changement de paradigme dans la conceptualisation des questions liées à la santé des femmes. Contrairement à l'emphase mise antérieurement sur la planification familiale (PF) et (dans certains pays) sur des objectifs démographiques, le nouveau paradigme met l'accent sur la qualité de vie, les questions de genre, l'équité, et les droits humains. La Conférence du Caire a amené la communauté internationale à revoir la définition de la santé de la reproduction (SR) et des services que les programmes devraient offrir. Il en a résulté un élargissement du domaine de la santé de la reproduction pour inclure de nombreux domaines en plus de la planification familiale : la maternité sans risque, les IST et le VIH/SIDA, la nutrition des femmes, les soins après avortement, les services de santé de la reproduction pour les adolescents, la violence faite aux femmes, l'excision génitale féminine, ainsi que des sujets afférents. Suite à la Conférence du Caire, beaucoup de gouvernements et d'organisations non gouvernementales (ONG) sont parvenus à rehausser et étendre leur niveau de prestation de services, un vrai défi, bien souvent avec des fonds inadéquats pour confronter ces problèmes. Les objectifs de la CIPD exigent un suivi des effets en matière de santé de la reproduction à travers des indicateurs clairement définis, ainsi que grâce à des résultats basés sur des preuves tangibles, afin de mettre en évidence tout progrès.

Une deuxième tendance importante a été l'accent accru mis sur l'obtention de résultats, et ce, à deux niveaux : celui des programmes nationaux et celui des organisations internationales de bailleurs de fonds. De nombreux gouvernements, ayant assez des programmes de financement ne menant nulle part, accueillent

favorablement le concept d'évaluation de programmes et veulent apprendre à fortifier leurs programmes afin de contribuer à l'amélioration des vies et des moyens d'existence de leurs populations. Quant aux bailleurs de fonds, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Département pour le développement international du Royaume Uni (DFID), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se trouvent parmi ceux qui ont prêté une attention particulière à l'évaluation des programmes. Ceci vient à la fois d'un désir d'améliorer les programmes et d'un besoin de justifier les fonds utilisés pour ces programmes. De plus, les ONG, allant des grandes fondations aux ONG spécialisées, ont été actives dans la recherche de méthodes plus systématiques pour suivre les progrès et mesurer les résultats de leurs efforts.

Cet intérêt pour l'évaluation de programmes a été le point de départ de multiples initiatives pour le développement d'indicateurs concernant tous les aspects de la santé de la reproduction. Ce volume se situe dans la lignée commencée par le *Manuel d'indicateurs pour l'évaluation des programmes de planification familiale* (Bertrand, Magnani et Knowles, 1994) et suivie par une série de manuels sur les *Indicateurs pour l'évaluation de programmes de santé reproductive* (Bertrand et Tsui, 1995). Il y a eu une demande élevée pour ces ouvrages ; jusqu'à présent, 4500 copies en ont été distribuées. Ces volumes contiennent de nombreux indicateurs testés et utilisés de façon extensive sur le terrain (par ex., l'indice synthétique de fécondité, la prévalence contraceptive). Ils contiennent aussi des indicateurs de nature expérimentale. C'était la « meilleure estimation » que pouvaient approcher les experts travaillant sur ces sujets. Au cours des cinq dernières années, les gestionnaires de projet et les évaluateurs ont pu expérimenter avec des indicateurs, tout particulièrement dans les domaines nouveaux de la santé de la reproduction (tels que la maternité sans risque, les soins après avortement, et les

programmes de santé de la reproduction des adolescents). Ce volume tire les bénéfices de cette expérimentation, en ce sens que de nombreux chapitres ont été préparés ou revus par des spécialistes dans le domaine de l'évaluation qui ont utilisé ces indicateurs chaque jour dans leur travail.¹ Ainsi, le *Compendium d'indicateurs* reflète beaucoup mieux l'expérience de terrain que les précédents volumes.

Étant donnée la diversification et la spécialisation qui sont mises en place dans le domaine de la santé de la reproduction, peu de personnes peuvent être expertes dans tous les domaines qu'elle recouvre. Certes, ces différents programmes ont en commun le but d'améliorer la qualité de vie des femmes et des hommes en améliorant l'état de santé de leur système reproductif. Cependant, les indications mêmes d'un progrès dans ce sens varient d'un programme à l'autre.

1. Les objectifs du *Compendium d'indicateurs*

L'objectif général de ce *Compendium* est d'inciter l'évaluation de projets et d'améliorer la qualité du travail effectué dans ce domaine. Dans ce but, le *Compendium* présente une liste exhaustive des indicateurs les plus utilisés dans l'évaluation des programmes de santé de la reproduction dans les pays en voie de développement. De plus, les indicateurs ont été organisés en fonction d'une version revue et corrigée du cadre conceptuel qui avait été élaboré initialement sous le projet ÉVALUATION. Ce cadre illustre par quels chemins les programmes atteignent leurs résultats (voir figure I.1) et constitue un cadre logique pour l'élaboration d'un plan d'évaluation avec des indicateurs appropriés. Le cadre original, mis en place pour les programmes de planification familiale, peut être adapté facilement à d'autres domaines de la santé de la reproduction. De nombreuses sections du *Compendium* contiennent des cadres plus détaillés expliquant le chemin effectué pour évaluer les effets propres au domaine dont il est question.

Alors que par le passé certains efforts d'évaluation ont eu tendance à considérer les opérations dans le domaine de la santé de la reproduction comme une « boîte noire », ce cadre précise comment ceux qui conçoivent le programme s'attendent à ce qu'il se déroule de façon à atteindre les résultats tant au niveau du programme qu'au niveau de la population. De plus, le cadre conceptuel

attire l'attention sur les divers aspects des programmes (domaines d'opération, accès aux services, qualité des soins) qui doivent fonctionner de façon satisfaisante dans le but d'atteindre le résultat final souhaité.

Les objectifs spécifiques de ce *Compendium* sont :

- De rassembler en un seul volume une liste d'indicateurs de santé de la reproduction considérés comme les plus utiles à l'évaluation des programmes dans ce domaine, tant au niveau des programmes qu'au niveau des populations;
- De définir ces indicateurs et ainsi rendre l'usage des termes plus uniforme à travers les différents programmes, pays et agences de bailleurs de fonds ; et
- De promouvoir l'évaluation des programmes en rendant les indicateurs facilement disponibles aux évaluateurs.

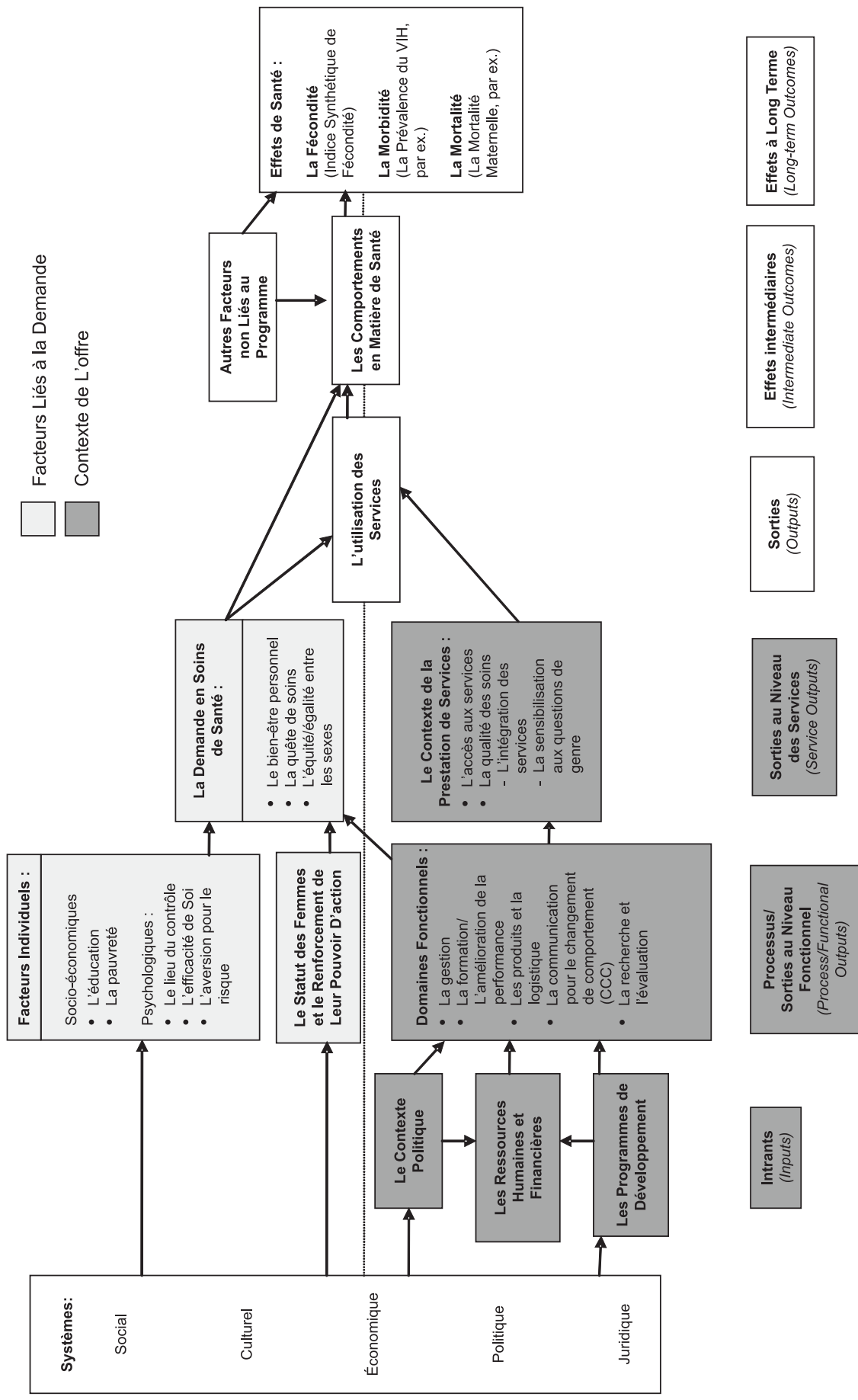
2. Le public visé

Plusieurs types de public trouveront ce *Compendium* pertinent à leur travail, tels que :

- Les administrateurs, gestionnaires, et professionnels de la santé œuvrant dans des programmes de santé de la reproduction partout dans le monde ;
- Le personnel travaillant pour des organismes internationaux de planification familiale et de santé de la reproduction (PF/SR) et chargé de la conception et de l'évaluation de projets de collaboration avec des institutions dans les pays bénéficiaires;
- Les spécialistes de l'évaluation dans chaque pays chargés du suivi des effets et de l'évaluation de l'efficacité des programmes de SR dans des situations particulières ;
- Les fondations privées et autres bailleurs de fonds qui soutiennent les programmes de SR ;
- Les chercheurs en sciences sociales (démographes, sociologues, économistes), les épidémiologistes et autres professionnels de la santé ; et
- Les étudiants et les enseignants.

¹ Cette affirmation ne s'applique pas aux parties III.L et III.M, qui sont des domaines émergents en ce qui concerne les programmes de santé de la reproduction.

Figure I.1. Cadre Conceptuel : Atteindre les Résultats en Santé en Matière de Reproduction.



3. L'organisation de ce *Compendium*

Ce *Compendium* est divisé en trois parties. La première est une vue d'ensemble du document, ainsi que des concepts de base dans le domaine de l'évaluation de programmes. Le reste du volume présente une liste d'indicateurs (avec leur définition, les exigences en ce qui concerne les données, les sources de données, leur but et les questions qu'elles soulèvent) en accord avec le cadre conceptuel présenté en figure I.1, pour les diverses sortes de programme de santé de la reproduction.

La deuxième partie présente les indicateurs qui recourent les divers domaines de programmation en santé de la reproduction. Elle commence avec les questions relatives au **statut des femmes et au renforcement de leur pouvoir d'action**. L'influence de ces questions se fait sentir à travers tous les aspects de la santé de la reproduction. En plus des indicateurs décrits dans cette section, le rôle des questions de genre est mis en valeur à travers tout le *Compendium* par une suite d'encadrés qui présentent une interprétation d'autres indicateurs du point de vue du genre. La question du genre réapparaît vers la fin de la deuxième partie, dans la section II.H.4, où sont exposés les indicateurs pour évaluer les institutions selon les questions de l'équité entre les sexes dans leurs structures de gestion et sur la sensibilité aux questions de genre au sein de leurs systèmes de prestation de services. Pour finir, deux domaines de programmation dans la troisième partie du *Compendium* sont très pertinents aux questions de genre : il s'agit de la participation masculine et de la violence faite aux femmes.

Ensuite, la deuxième partie traite du contexte de l'offre de services en santé de la reproduction. « Le contexte de l'offre » renvoie aux nombreux éléments ayant une influence sur la prestation de services de santé de la reproduction, tels que :

- les ressources et l'infrastructure disponibles pour le développement des programmes ;
- le contexte politique : la volonté politique, les politiques juridiques et de réglementation;
- les domaines fonctionnels (ou opérationnels) dont dépend la prestation de services ; et
- le contexte de la prestation de services, caractérisé par l'accès aux services et la qualité des soins.

La section B de la deuxième partie expose les indicateurs pour l'évaluation d'initiatives visant à influencer le **contexte politique**. Les cinq sections suivantes ont affaire aux domaines fonctionnels de la programmation dans le domaine de la SR (**la gestion, la formation, les produits et la logistique, la communication pour le changement de comportement, et la recherche et l'évaluation**²) qui, dans leur ensemble, façonnent et influencent le contexte de l'offre. Il est possible d'évaluer directement la prestation de services dans son ensemble, à partir de **l'accès aux services et de la qualité des soins**, ainsi qu'à partir de deux éléments subalternes de la qualité, à savoir **l'intégration des services et la sensibilité aux questions de genre / l'équité entre les sexes**.

La troisième partie présente des indicateurs propres aux principaux domaines de programmation dans le domaine de la santé de la reproduction. Elle débute avec les trois domaines auxquels la communauté internationale travaillant en santé de la reproduction a prêté le plus d'attention, à savoir : **la planification familiale, les IST et le VIH/SIDA, et la maternité sans risque**. Ce dernier domaine est suivi d'un domaine relativement nouveau dans l'évaluation de programmes : **la santé des nouveau-nés**. On trouve ensuite les questions relatives à **la nutrition des femmes** et à **l'allaitement au sein**. Après la Conférence du Caire, d'autres domaines ont aussi fait leur entrée dans le domaine de la SR : **les programmes de santé de la reproduction des adolescents, les soins après avortement, la violence faite aux femmes, la participation masculine, l'excision génitale féminine, et la santé de la reproduction en situations d'urgence**.

Nous avons exclu certains domaines qui, malgré leur importance, n'ont pas encore jusqu'à présent été au centre des principaux programmes d'envergure nationale, sauf dans des cas isolés ou à une petite échelle (tels que l'infertilité, une sexualité saine, et le dépistage du cancer du col de l'utérus).

² *Le Manuel d'indicateurs pour l'évaluation de programmes de planification familiale* (1994) comprenait des indicateurs pour le suivi et l'évaluation. Toutefois, à la connaissance des auteurs, ces indicateurs ne sont pas employés sur le terrain. En revanche, le développement d'indicateurs pour un domaine spécialisé de la recherche appliquée, à savoir la recherche opérationnelle, a fait des progrès encourageants au cours des dernières années. Dans ce *Compendium*, nous avons donc décidé d'inclure des indicateurs pour la recherche opérationnelle plutôt que pour le suivi et l'évaluation.

4. Le choix des indicateurs

Les personnes ayant peu d'expérience dans le domaine de l'évaluation sont souvent rendues perplexes par le processus de sélection des indicateurs. L'annexe B présente les conseils suivants sur les étapes à suivre dans le choix des indicateurs :

- Présenter clairement les résultats (c'est-à-dire des objectifs à atteindre);
- Développer une liste d'indicateurs potentiels;
- Évaluer chacun des indicateurs possibles; et
- Choisir les « meilleurs » indicateurs.

Nous avons utilisé les critères suivants pour le choix des indicateurs contenus dans ce *Compendium* :

- La validité (l'indicateur mesure ce qu'il est sensé mesurer) ;
- L'importance (la mesure saisit un aspect qui « fait une différence » au niveau de l'efficacité du programme) ;
- L'utilité (les résultats indiquent les domaines ayant besoin d'amélioration) ; et
- La faisabilité (les données peuvent être obtenues par le biais d'un effort raisonnable et abordable).

Dans la mesure du possible, nous avons choisi les indicateurs qui ont passé l'épreuve de l'utilisation sur le terrain, tels que ceux mesurés dans les Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les Enquêtes sur la santé reproductive (ESR).³ Pour certains domaines en émergence (tels que la violence faite aux femmes, ou l'excision génitale féminine), nous avons aussi inclus des indicateurs qui reflètent des recommandations émanant de personnes travaillant dans ces domaines, dans le but de stimuler le dialogue sur l'évaluation dans ces domaines et de fournir des indicateurs possibles à mettre à l'épreuve alors que de nouveaux programmes deviennent plus communs.

Deux sujets dont on remarquera l'absence sont la capacité technique et la durabilité (*sustainability*). Même si ces sujets sont importants dans le domaine de la santé de la reproduction, les auteurs n'ont pas pu trouver un ensemble d'indicateurs ayant fait leurs preuves et ayant été utilisés sur le terrain pour suivre l'évolution de la capacité technique et de la durabilité ; (pourtant

³ Ces enquêtes sont traitées plus en détail dans la section I.B.3 ci-dessous.

les indicateurs pour les politiques, la formation et la gestion abordent bien quelques aspects du renforcement des capacités).⁴ Un groupe de travail œuvrant sous les auspices du projet MEASURE *Evaluation* sur les indicateurs du développement des capacités a conclu que de tels indicateurs devraient être adaptés à leur contexte. Ce groupe a mis en place un ensemble de directives pour soutenir les organisations dans la formulation de leur question et l'identification des moyens adaptés à l'évaluation du développement de leurs capacités (Lafond et Brown, 2003).

Ce manuel n'aborde pas la question de l'évaluation spécialisée de programmes liés aux coûts (tels que l'analyse des coûts, l'analyse du rapport coût-efficacité). Les évaluateurs pourront employer certains indicateurs (particulièrement pour mesurer les sorties telles que le nombre d'années-couple de protection, le nombre de femmes enceintes ayant reçu le test de dépistage du VIH et ayant été conseillées, le nombre de visites effectuées à des services spécialisés pour hommes, entre autres) pour établir le coût par unité de sortie (*output*) d'un service donné. La méthodologie utilisée pour mener les analyses de coût et du rapport coût-efficacité est cependant d'un niveau de technicité tel que nous préférons orienter nos lecteurs vers d'autres références spécialisées (Janowitz et Bratt, 1994; Kumaranayake et al., 1998). Nous encourageons les évaluateurs à mettre en application des analyses de coût et de rapport coût-efficacité dans leurs propres programmes, même si nous ne traitons pas de ce sujet dans ce manuel, étant donné le niveau de spécialisation requis par la méthodologie.

Le langage utilisé pour de nombreux indicateurs inclus dans ce *Compendium* ne précise pas le sexe de la personne. Plutôt, nous faisons référence aux termes « public, participants, formateurs, prestataires, adolescents, et autres », sans préciser s'il s'agit d'hommes ou de femmes, et ce, dans un désir de simplification. En même temps, les descriptions dans le texte des indicateurs impliquent souvent que la cliente est une femme, ce qui est souvent, mais pas toujours, le cas. Nous avons décidé de retenir le terme « elle » dans le but de refléter le fait que malgré les efforts visant à inclure les hommes dans les initiatives de santé de la reproduction, les clientes des services de SR dans les pays en voie de développement sont pour la plupart des femmes. Lors de la mise en application de

⁴ Certains critiques ont cité des travaux en cours ou ont suggéré des indicateurs de durabilité, mais étant donné que ce *Compendium* accentue les indicateurs utilisés sur le terrain, nous n'avons pas inclus ceux qui sont en train d'être élaborés.

ces indicateurs, on encourage cependant les utilisateurs du *Compendium* à préciser le sexe des individus en question dans la mesure du possible.

5. De l'usage de ce *Compendium*

Ce *Compendium* est un document de référence pour les membres de la communauté internationale travaillant dans le domaine de la santé de la reproduction. Même si son élaboration est financée par l'USAID, il peut être appliqué aux programmes de santé reproductive soutenus par toutes sortes de bailleurs de fonds gouvernementaux ou d'ONG à travers le monde. Tout particulièrement, le *Compendium* fournit un ensemble d'indicateurs à employer de façon sélective, dans le cadre de l'évaluation de programmes nationaux, régionaux, et de ceux particuliers à un pays. Il est clair qu'aucun programme ou projet ne pourrait utiliser *tous* les indicateurs présentés dans ce *Compendium*. En fait, pour le suivi de routine, les gestionnaires de projet et les évaluateurs devraient choisir quelques indicateurs pertinents et dont l'importance dépend autant des objectifs du programme que de la facilité avec laquelle il sera possible de collecter les données et de les interpréter. Si les organisations ont besoin de plus de retour d'informations, elles pourront mener des études spéciales pour l'évaluation de la performance du programme dans des domaines d'intérêt particulier pour le personnel. Dans ce cas, les organisations devraient espacer ces études spéciales, afin de réduire au minimum leur charge de travail de recherche.

Les descriptions d'indicateurs présentées dans ce volume ont pour but de promouvoir la standardisation des définitions et des concepts utilisés au sein de la communauté internationale travaillant dans le domaine de la santé reproductive. Même si la standardisation s'avère utile, il faudrait que les organisations adaptent les indicateurs à chaque situation particulière. De cette manière, non seulement on s'assure que les indicateurs sont pertinents aux organisations en question, mais on promeut aussi le sentiment d'identification avec le processus de suivi et d'évaluation. Toutefois, les organisations qui décident d'adapter, voire de modifier, des indicateurs devraient en exposer la nouvelle définition ainsi que les méthodes de mesure.

Confus par le nombre si important d'indicateurs inclus dans ce *Compendium*, de nombreux lecteurs se demanderont peut-être : **« Quels sont les 10 ou 15 indicateurs-clés essentiels à l'évaluation des programmes de santé de la reproduction partout**

dans le monde ? » En effet, suite à la Conférence du Caire de 1994, l'OMS a débattu de la même question et est parvenue, par consensus, à une liste comptant 17 indicateurs d'effet prévus pour le suivi des progrès effectués par les programmes nationaux de santé de la reproduction partout dans le monde (voir troisième partie, section A). Ces indicateurs sont utiles aux gouvernements et aux organisations donatrices internationales, en ce qu'ils leur permettent de se faire une « idée d'ensemble » des programmes.

Cependant, pour la plupart, les gestionnaires de programme trouveront la liste globale difficile à mettre en pratique dans le contexte de l'évaluation de leurs interventions particulières, et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les indicateurs globaux exigent que des enquêtes soient menées auprès de la population, et celles-ci se situent au delà de la portée des organisations travaillant dans une région particulière ou d'ONG œuvrant avec des sous-groupes spécifiques (tels que les conducteurs de camions ou les travailleurs du sexe, dans le cadre de la prévention du VIH). Ensuite, de nombreuses organisations souhaitent que l'évaluation recouvre non seulement les résultats finaux obtenus, mais aussi les progrès effectués dans des domaines fonctionnels particuliers tels que la formation, les produits et la logistique, ou encore la communication pour le changement des comportements (CCC).

Ce sont les objectifs de l'évaluation qui vont déterminer quels indicateurs particuliers sont les plus adaptés et doivent être utilisés. Par exemple, le Directeur des produits et de la logistique d'un programme de planification familiale voudra suivre les sept indicateurs quantitatifs pour les produits et la logistique ainsi que les indicateurs pour l'évaluation des systèmes logistiques (décrits dans la deuxième partie, Section E). De son côté, le Directeur d'un programme national de planification familiale se concentrera davantage sur les résultats atteints au niveau de la prévalence contraceptive, de la qualité des soins, et d'autres indicateurs plus globaux qui seront le reflet d'accomplissements collectifs dans des domaines fonctionnels.

Ce *Compendium* vise à améliorer l'évaluation des programmes afin de solidifier la prestation de services dans le cadre des programmes de SR nationaux (ou régionaux ou encore dans le cadre de projets particuliers) dans un pays donné. Il ne s'agit pas d'élaborer un carnet de notes qui mettrait des pays en compétition au moment d'être considérés pour la continuation de leur financement. Même si ce *Compendium* encourage

une homogénéisation des définitions et termes employés dans les différents pays ou programmes, le contexte socio-économique et culturel dans lequel ces programmes évoluent varie beaucoup d'un pays ou d'une région à l'autre. Par exemple, il est bien plus facile d'atteindre un certain niveau de couverture pour une campagne médiatique dans un pays plus petit avec une population partageant la même langue, un système de communications bien développé, et un contexte politique favorable, que dans un pays où ces conditions n'existent pas.

Certes, les comparaisons entre plusieurs pays sont inévitables dans le cas de certaines variables et peuvent, parfois, s'avérer utiles. Mais les résultats obtenus pour ces indicateurs de l'évaluation de programmes de SR peuvent être mal utilisés si les évaluateurs et les gestionnaires de programmes ne les interprètent pas en considérant le contexte particulier à chaque pays. Dans la plupart des cas, la comparaison entre les indicateurs d'un programme, à la longue, se montrera plus productive que l'utilisation d'indicateurs pour une comparaison entre pays.

B. Indicateurs et évaluation de programmes

1. L'évaluation de programmes : définitions

Tel que nous l'utilisons dans ce *Compendium*, le terme « l'évaluation de programme » sert à englober (1) le suivi de routine et (2) les diverses formes d'évaluation, à savoir celles s'appliquant aux processus, aux résultats et aux impacts. Le terme « évaluation » tel qu'il est employé dans ce manuel peut se rapporter à n'importe quel aspect de l'évaluation de programmes.

Le suivi régulier et l'évaluation des processus permettent de mesurer le niveau de fonctionnement d'un programme (Adamchak et al., 2000). En revanche, l'évaluation des résultats et de l'impact a affaire au changement souhaité (tel que défini par les objectifs du programme). Plus précisément :

Avec le **suivi (*monitoring*)**, il s'agit de se tenir régulièrement au courant des activités d'un programme en déterminant de façon continue et suivie si les activités prévues ont lieu. Les résultats révèlent si les activités du programme sont mises en œuvre comme prévu et donnent une idée de l'étendue de l'utilisation des services offerts dans le cadre du programme. (Adamchak et al., 2000).

L'évaluation des processus (*process evaluation*) sert à estimer dans quelle mesure les activités du programme sont effectivement mises en œuvre. Cette information est habituellement recueillie de façon régulière, à travers les rapports présentés par le personnel, par exemple. Mais elle peut aussi être recueillie de façon périodique, à travers un effort d'évaluation des processus à plus grande échelle (tel que les études spéciales). Dans ce cas, on peut inclure l'usage de groupes de discussion dirigée ou d'autres méthodes qualitatives. L'évaluation des processus est utilisée pour mesurer la qualité de la mise en œuvre d'un programme, et pour évaluer le niveau de couverture d'un programme; elle peut aussi estimer dans quelle mesure les services d'un programme sont utilisés par le public visé (Adamchak et al., 2000).

L'évaluation des résultats (*outcome evaluation*) sert à mesurer l'étendue des changements qui ont lieu en accord avec les objectifs du programme. De nombreuses évaluations sont concentrées sur le changement au niveau des connaissances, attitudes et comportements soit (1) des clients/participants au programme, soit (2) des membres du public visé dans son ensemble (par exemple, les femmes en âge de se reproduire). Cependant, il est à noter que les « résultats » peuvent renvoyer à des changements au niveau des politiques liées à la santé de la reproduction, aux procédures de gestion, aux systèmes logistiques, à la qualité des soins dans les établissements de santé, ainsi qu'à d'autres aspects du contexte de l'offre.

L'évaluation d'impact (*impact evaluation*) sert à mesurer non seulement les changements qui se sont produits, mais aussi à quel point ces changements sont à attribuer à l'intervention du programme. Ce genre d'évaluation est encore plutôt limité dans le cadre des programmes internationaux en matière de santé de la reproduction. En général, il s'agit (1) d'expériences cliniques à petite échelle visant à déterminer l'efficacité d'une stratégie donnée, ou alors (2) d'analyses de régression multivariée à plusieurs niveaux à partir d'enquêtes à grande échelle, sur la base de données du type EDS (Enquête démographique et de santé) visant à déterminer l'importance de différents facteurs les uns par rapport aux autres, y compris de l'intervention du programme.

2. La valeur d'un cadre conceptuel

Le cadre conceptuel illustré en Figure I.1 est tiré d'un modèle semblable développé pour la planification familiale sous les auspices du projet ÉVALUATION. Ce

cadre illustre par quels biais les programmes de santé de la reproduction atteignent leurs objectifs. La colonne de gauche définit le contexte dans lequel le programme opère : les systèmes social, culturel, économique, politique et juridique d'une société donnée, ainsi que ses programmes de santé de la reproduction. En haut à gauche du tableau, légèrement ombré, on trouve tracé le rôle de la **demande** dans l'efficacité d'un programme donné. Dans les pays où il est clair que la population voudrait ces services (« demande élevée »), sur la base des normes sociétales et des préférences, l'obtention de résultats se fera de façon plus aisée. D'un autre côté, dans les pays où la population fait preuve d'indifférence ou d'une attitude négative envers le programme, il sera plus difficile d'obtenir des résultats.

En bas à gauche dans le cadre conceptuel, on trouve la liste des facteurs considérés dans le **contexte de l'offre**, dans un cadre ombré d'un ton plus foncé. Les pays ayant des programmes de développement économique et social solides offrent un contexte plus propice à la promotion de la santé de la reproduction que ceux n'ayant aucun système pour soutenir de tels efforts. Un fort soutien politique (« la volonté politique ») envers un programme en rend aussi la mise en œuvre plus facile. Cela a été illustré par le programme de planification familiale mis en place au Bangladesh. Auparavant, les organisations donatrices et les gestionnaires de programme considéraient les politiques comme des variables contextuelles pouvant influencer la mise en œuvre des programmes. Mais aujourd'hui, ils conçoivent délibérément leurs interventions (telles que les activités de sensibilisation) dans le but d'influencer le contexte politique.

Le contexte de l'offre comprend aussi les domaines fonctionnels qui soutiennent le contexte même de la prestation de services. Les domaines fonctionnels ou opérationnels d'un programme apportent la structure pour la mise en œuvre d'interventions. Cela inclut la gestion, la formation, la logistique, la communication pour le changement de comportement (CCC), et la recherche et l'évaluation. En effet, l'USAID ainsi que d'autres organisations donatrices financent des programmes axés entièrement sur le renforcement des opérations d'organisations dans les pays en voie de développement travaillant dans ces domaines. Ces domaines fonctionnels contribuent directement au contexte de la prestation de services, à savoir, les services disponibles aux clients potentiels dans un pays donné. Des mesures du contexte de la prestation de services sont concentrées sur l'accès aux services et sur la qualité

des soins, ainsi que sur les éléments subalternes liés à la qualité, tels que l'intégration des services, l'équité des sexes et la sensibilisation aux questions de genre.

Ces deux ensembles de facteurs, à savoir, l'offre et la demande, déterminent ensemble le niveau d'utilisation des services dans un pays donné. Même si le niveau d'utilisation des services n'est pas essentiel à la mise en pratique de certains comportements (tel que l'allaitement maternel exclusif), il joue généralement un rôle central en aidant les clients à adopter des comportements sains. Cela se fait à travers l'information et le conseil, l'approvisionnement en produits (tels que les préservatifs pour la prévention du SIDA), ou par des procédures médicales (telles que l'insertion des dispositifs intra-utérins ou DIU).

Le cadre intitulé « Comportements en matière de santé » représente le but de la plupart des programmes de santé de la reproduction, à savoir, les comportements que les membres du public visé sont incités à adopter. Parmi les exemples on trouve l'utilisation de la contraception pour la planification familiale, l'utilisation de préservatifs ou la baisse du nombre de partenaires sexuels pour prévenir le SIDA, l'accouchement avec l'aide d'une personne qualifiée, et l'allaitement au sein. Il est important de reconnaître que les facteurs qui ne sont pas liés aux programmes peuvent aussi jouer un rôle à ce niveau, en influençant à la fois les comportements en matière de santé et les effets. Par exemple, les femmes sont plus à même de contracter le VIH d'un partenaire infecté que le sont les hommes. La fécondité est déterminée non seulement par l'emploi de contraceptifs, mais aussi par l'âge au moment du mariage, la fréquence de la pratique de l'avortement, la stérilité post-partum, et la stérilité pathologique. La chaîne complète des événements de causalité menant à des comportements en matière de santé particuliers, esquissée dans la Figure I.1, a un effet sur l'objectif final des programmes de santé de la reproduction, à savoir des effets de santé améliorée en termes de fécondité, de mortalité et de morbidité.

3. Mesures de programme et mesures basées sur la population

Lors de l'évaluation de programmes, il est important de distinguer entre les données au niveau du programme et les données au niveau de la population. Les données de programme sont des informations disponibles provenant des sources du programme (telles que les archives administratives, les dossiers des clients ou les statistiques liées aux services). Ce sont aussi les données

qui peuvent aussi être obtenues sur les lieux (telles que par observation, durant l'interaction entre prestataires et clientes, les entretiens à la sortie avec des clientes et les enquêtes auprès des clientes mystère), même si les systèmes d'information de routine sur la santé constituent la source principale de données de programme. Une étude de suivi des clientes ayant fréquenté une clinique constitue aussi une donnée de programme, en ce sens que l'information sur les clientes provient des archives du programme. Même si certaines données de programme correspondent à un réseau limité de cliniques offrant un service spécialisé, le terme « programme » peut aussi faire allusion à des programmes d'envergure nationale.

Les informations de programme sont très importantes et servent à comprendre la performance des programmes et la nature des sorties qu'ils produisent (telle que le nombre de visites par mois dans une clinique et le nombre d'injections contre le tétanos données à des femmes enceintes). Cependant, les données de programme ne reflètent pas l'étendue de la couverture de ces programmes (à moins que l'on parvienne à une estimation du dénominateur pour l'aire de circonscription convertissant ces statistiques de programme en une estimation du taux). De plus, les données provenant des participantes au programme risquent d'être biaisées et donc de ne pas représenter l'opinion de la population dans son ensemble. Cela vient de la sélectivité, c'est-à-dire que les personnes qui choisissent de participer aux programmes sont souvent différentes de la population dans son ensemble. Les ONG ont tendance à évaluer en n'utilisant que les données de programme, parce qu'elles ne visent pas à une couverture au niveau national de la population dans son ensemble, même dans le domaine particulier dans lequel elles œuvrent.

En revanche, les programmes gouvernementaux conçus pour une application au niveau national sont évalués selon leur effet sur le public général. Le terme « basé sur la population » peut renvoyer à une plus petite région géographique (par exemple, la circonscription pour un projet de démonstration, telle qu'un district), dans la mesure où les données sont tirées d'un échantillon représentatif de la population. Les sources principales de données basées sur la population pour les activités en santé de la reproduction sont les Enquête démographique et de santé (EDS) menées par Macro/ORC et les Enquêtes sur la santé de la reproduction (ESR) menées par le *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*. De plus, les données sont disponibles dans des pays sélectionnés à partir d'enquêtes au niveau national financées par les gouvernements de pays d'accueil ou par

d'autres organisations internationales (telle que l'enquête sur la fécondité en Inde). Les enquêtes EDS et ESR sont particulièrement utiles pour mesurer des facteurs liés à la demande. Les modules d'évaluation de la prestation de services des EDS mesurent les facteurs dans le contexte de l'offre, mais ne sont pas aussi répandues que les enquêtes auprès des ménages. (Pour une discussion plus élaborée sur les enquêtes auprès des établissements de santé, voir la partie II, section H).

4. Les sources de données

Les descriptions d'indicateurs ci-dessous contiennent un large éventail de sources de données. Dans certains cas, différents termes sont employés dans des domaines de programme différents pour se référer à des concepts semblables ; aussi, les termes peuvent varier d'un pays à l'autre. Par exemple, les programmes de PF emploient en général le terme « statistiques de services » pour décrire les données conservées sur le nombre de clients et la quantité de contraceptifs distribués. En revanche, les programmes de santé maternelle emploieront les termes de registres des services de santé, des registres des cliniques, des données recueillies par les services de santé, ou d'autres termes connexes.

Afin d'aider les lecteurs à comprendre les nombreux termes employés pour décrire les sources de données, nous avons récapitulé, dans l'encadré I.1, les sources principales de données, ainsi que les catégories particulières qui relèvent de chaque source. Les termes de systèmes d'information de gestion (SIG) ou de système d'information sanitaires (SIS) renvoient à de nombreux types d'information, en général un sous-ensemble des données inscrites sous le titre « Données de programme » dans l'encadré I.1.

Encadré I.1. Sources principales de données utilisées pour l'évaluation de programmes

Données de programme :

Statistiques de services (aussi sous le terme de statistiques sur les services de santé réguliers ou données sur les services de santé) :

- Les dossiers d'admission (selon le diagnostic)
- Les entretiens au moment de l'admission au programme
- Les dossiers des clientes
- Les registres ou banques de données sur le nombre de visites, de clientes, de produits distribués
- Les registres sanitaires et pour des services particuliers (soins prénatals, salle d'urgence, bloc opératoire, maternité)
- Les résultats des tests en laboratoire
- Les données de surveillance des maladies dans les cliniques
- Les données issues de la surveillance sentinelle au niveau des cliniques
- Les registres sur les causes de mortalité

Enquêtes auprès des établissements de santé :

- Audit au niveau des établissements de l'équipement et des fournitures
- Entretiens à la sortie avec des clientes, satisfaction des clientes
- Observation des interactions entre clientes et prestataires, ainsi que des formateurs
- Visites de logistique sur le terrain
- Passage en revue des registres sur les services

Enquêtes au niveau local :

- Enquêtes de surveillance des comportements (ESC) relatifs aux IST et au VIH
- Études prospectives auprès des communautés

Enquêtes et autres évaluations auprès des prestataires et autres professionnels de la santé :

- Évaluations de la performance (souvent fondées sur des listes de contrôle)
- Les résultats pré- et post-test pour les activités de formation
- Les tests de compétence (utilisés conjointement avec les séances de formation)
- L'évaluation des cours et des formations
- Les évaluations effectuées par un évaluateur externe
- L'observation de l'interaction entre les prestataires et les clientes
- Les entretiens et les enquêtes auprès du personnel
- Les outils d'auto-évaluation
- Les clientes mystère (simulées)

Les dossiers du programme (autres que les statistiques de services) :

- Les listes du personnel
- Les données financières
- Les descriptions de postes
- Les comptes-rendus officiels de réunions
- Les listes des participants à une activité (par ex., à une séance de formation)
- Données sur la logistique : niveaux des stocks, prévisions des besoins en produits (requis pour un programme donné), plans d'approvisionnement en produits, listes des produits/inventaires, calendrier des expéditions prévues
- Dossiers de supervision, dossiers des membres du personnel
- Documents relatifs au projet (tels que des rapports finaux)
- Protocoles pour la prestation des services, normes sur les soins médicaux et infirmiers
- Accès aux logs d'accès générés par un serveur Web

Données basées sur la population :

Recensements (afin de déterminer la population du domaine de circonscription)

Registres d'état civil :

- Registres des naissances
- Registres des décès (par cause)

Enquêtes auprès d'un échantillon représentatif de la population nationale :

- Enquêtes démographiques et de santé (EDS) coordonnées par ORC Macro (elles incluent le questionnaire principal et les modules à option)
- Les enquêtes sur la santé de la reproduction (ESR) menées par le CDC
- Les enquêtes par grappe à indicateurs multiples (MICS) soutenus par l'UNICEF
- Les enquêtes *Rider* (par ex., BUCEN – Bureau du recensement)
- Enquêtes nationales indépendantes de ces deux programmes d'enquête (EDS et ESR)

Enquêtes auprès d'un échantillon représentatif de la population d'intérêt :

- Enquêtes de base/de suivi à des fins d'évaluation
- Enquêtes de surveillance des comportements (ESC), utilisées par rapport au SIDA
- Enquêtes d'opinion

Documents gouvernementaux et autres dossiers officiels :

- Politiques officielles, plans, directives
- Lois, règlements, codes spéciaux, arrêts judiciaires
- Codes de la santé, code pénal
- Budgets de dépenses nationaux, comptes, factures
- Comptes-rendus officiels de réunions, ordres du jour, fiches de présence
- Listes des membres de réseaux ou de coalitions
- Registres électoraux
- Registres de police (par ex., pour la violence liée au genre)

Études spéciales⁵

- L'indice d'effort du programme (par ex., pour la planification familiale, le SIDA, et les soins des mères et des nouveau-nés)
- Les études temps-mouvement
- Le *Media Scan*
- Les enquêtes en ligne auprès des utilisateurs
- Les outils d'auto évaluation
- L'analyse de contenu

Méthodes qualitatives (généralement appliquées aux clients ou aux autres populations non représentatives) :

- Les groupes de discussion dirigée (« *focus groups* »)
- Les entretiens approfondis
- Le tri par piles
- L'observation ethnographique

⁵ Cette catégorie n'exclut pas les catégories précédentes. Par exemple, toutes les méthodes d'enquête, que ce soit auprès des clientes, des prestataires, des représentants officiels du gouvernement ou autres, peuvent être considérées comme une étude spéciale. Cependant, les éléments inclus dans la liste sous ce titre ne correspondent pas aux autres catégories de la liste.

5. Intrant, processus, sortie et effet (*Input, process, output, outcome*)

Dans des manuels précédents produits par le projet ÉVALUATION, nous avons classé les mesures d'intrants, de processus et de sortie parmi les **mesures de programme**, contrairement aux effets, qui étaient classés comme étant **basés sur la population**. Cette approche est utile à l'évaluation de programmes nationaux, tel qu'un programme de planification familiale. Cependant, elle est quelque peu moins utile (en particulier le terme « effet ») lorsqu'il s'agit de l'évaluation de domaines fonctionnels particuliers (tel que la formation, la logistique ou encore les enquêtes ESC).

Par exemple, un des objectifs de certains programmes de formation est généralement d'améliorer la qualité des soins dans le contexte de la prestation de services. Même si dans leur ensemble, les efforts de formation, vont contribuer aux effets au niveau national (par ex., les effets de prévalence contraceptive accrue, ou encore le nombre plus élevé de femmes accouchant avec l'assistance d'une personne qualifiée), l'effet de la formation le plus direct que l'on puisse mesurer est celui d'une qualité accrue de la prestation des services. Dans ce sens, l'effet recherché pour une suite d'activités de formation sera la qualité des soins dans un ensemble particulier d'établissements. Quoique ces résultats ne soient pas basés sur la population, ils représentent le résultat adéquat lorsqu'on mesure et évalue des programmes de formation. Ainsi, dans l'encadré I.2, nous définissons les intrants, les processus, les sorties et les effets, mais en avertissant que les « effets souhaités » pour un domaine fonctionnel (gestion, formation, logistique et ESC) pourront être mesurés d'une façon adaptée au niveau des programmes.

Dans le *Manuel d'indicateurs pour l'évaluation des programmes de planification familiale* de 1994 on a utilisé une terminologie légèrement différente. On y classe les effets intermédiaires sous la catégorie des « effets » (par ex., les changements au niveau des comportements ou des pratiques). Les effets à long terme ont été classés sous « impact » (par ex., les changements au niveau de la fécondité ou de la mortalité). Pourtant, le terme « impact » prête beaucoup à confusion, puisque pour de nombreux spécialistes de l'évaluation ; « l'analyse d'impact » sous-entend la démonstration d'un lien de causalité. C'est pourquoi nous encourageons l'usage des termes d'effet « intermédiaire » et « à long terme », qui ne sous-entendent pas un lien de causalité et,

particulièrement dans le cas des effets à long terme, sont en général sujets à des facteurs économiques et sociaux bien au-delà du contrôle du programme.

Souvent les évaluateurs ont tendance à rapporter leurs constatations à partir de l'évaluation d'un programme au niveau de la population dans son ensemble. Ils devraient cependant désagréger les résultats par régions ou sous-groupes, lorsque c'est applicable. Un programme qui obtient des résultats en apportant ses services aux habitants privilégiés des zones urbaines a moins accompli que celui qui atteint des populations rurales défavorisées. De même, dans les cas où les données sont disponibles et l'échantillon n'est pas suffisamment large, les évaluateurs voudront peut-être désagréger les données selon des facteurs ethniques, géographiques et autres facteurs socio-économiques pertinents. La baisse des inégalités entre régions ou sous-groupes pourra devenir un objectif de programmation, allant bien au-delà de l'amélioration moyenne de la population dans son ensemble. L'évaluation de ce genre d'objectif exige un effort de désagrégation et une mesure par sous-groupes.

En général, les interventions dans le domaine de la santé de la reproduction abordent les questions de pratiques profondément ancrées qui prendront très longtemps à changer. La chute sans précédent des taux de fécondité au niveau mondial à la fin du 20^{ème} siècle a eu lieu en un temps record, mais cela a pris quand même 20 à 30 ans. Du point de vue de programmation, il n'est en général pas pratique de préparer des rapports annuels pour des indicateurs d'effet à long terme, même si ces effets « sont vraiment importants » (tels que les changements au niveau de la mortalité ou de la fécondité). Plutôt, l'évaluation de programmes a tendance à se concentrer sur les effets intermédiaires. Ils sont reliés de façon plus directe à l'effort de programmation, et on peut s'attendre à ce qu'ils changent dans un temps plus court. En ce qui concerne la planification familiale, l'effet immédiat qu'on remarque le plus est la prévalence contraceptive (c'est-à-dire le pourcentage de femmes en âge de procréer utilisant un moyen de contraception). Les programmes de prévention du VIH évaluent souvent « l'utilisation d'un préservatif lors du plus récent rapport sexuel » au niveau de la population à risque. Dans le cas des programmes pour l'élimination de l'excision génitale féminine, comme effet intermédiaire on considère le pourcentage de la population favorable à la continuation de cette pratique.

Encadré I.2. Définitions d'intrant, de processus, de sortie et d'effet

Par **intrants** (*input*), on entend les ressources humaines et financières, les infrastructures physiques, l'équipement et les politiques d'opération permettant aux activités de programme d'être mises en œuvre.

Le terme de **processus** (*process*) renvoie aux nombreuses activités menées pour atteindre les objectifs du programme. On inclut à la fois ce qui est fait et de quelle manière c'est fait.

Même si un haut niveau d'intrants est reflété dans une mise en œuvre satisfaisante d'un programme, il est possible, en théorie, d'avoir un niveau d'intrants élevé tout en ayant un programme pas vraiment à la hauteur (par exemple, si un administrateur de haut niveau s'opposant à la planification familiale parvenait à bloquer la prestation de services dans des établissements sous sa responsabilité). En revanche, on trouve à travers le monde d'innombrables exemples montrant le personnel d'un programme s'acharnant à faire de son mieux étant données les circonstances, lorsque les ressources à leur disposition sont tout à fait inadéquates.

Le terme de **sortie** (*output*) renvoie aux résultats des ces efforts au niveau des programmes. Même si sur le terrain, les gestionnaires de projet sont quelque peu intéressés aux tendances nationales démontrant le fruit de leurs efforts (par ex., la prévalence contraceptive pour la planification familiale, la prévalence de l'allaitement au sein lorsque l'allaitement au sein est promu), ils ont tendance à réduire l'évaluation de leurs propres activités à des mesures de programme. Cela arrive tout particulièrement dans le cas de la mesure des sorties. Deux types de sortie, présentés dans des cadres distincts dans la Figure I.1, sont des sorties de service (c'est-à-dire servant à mesurer le niveau d'adéquation du système de prestation de services) et d'utilisation des services (c'est-à-dire estimant dans quelle mesure les clients utilisent ces services).

Le terme d'**effet** (*outcome*) renvoie en général aux résultats des programmes pouvant être mesurés au niveau de la population.⁶ L'évaluation des effets sert à mesurer l'influence d'un programme sur la population dans son ensemble dans une circonscription donnée ; par exemple, toutes les femmes en âge de procréer dans un pays donné. Il est important de faire la différence entre deux sortes d'effet, à savoir les effets intermédiaires et ceux à long terme. Les effets intermédiaires renvoient en général à des comportements ou des pratiques précis du public cible, tels que l'utilisation de contraceptifs, l'allaitement au sein, l'utilisation de préservatifs, la consommation de compléments micro-nutritifs, à même d'avoir une influence sur l'effet à long terme souhaité (une baisse de la mortalité, de la morbidité ou du taux de fécondité). L'effet à long terme renvoie aux résultats prévus pour le programme (à savoir, un changement au niveau de la mortalité, de la morbidité ou de la fécondité). Cependant, il est à noter que l'effet à long terme est presque toujours sujet à l'influence de facteurs qui ne sont pas reliés au programme. Ils peuvent comprendre les conditions socio-économiques ainsi que le statut des femmes dans un pays donné.

⁶ Il faut noter l'exception examinée dans le texte ci-dessus, à savoir que les « effets souhaités » pour certains domaines fonctionnels ne sont pas obligatoirement mesurés au niveau de la population.

6. La causalité

La plupart des programmes visent à accomplir un changement quelconque au niveau de la population en général (du grand public) ou au niveau des programmes même (parmi les clients ou participants au programme). Le but de nombreuses évaluations de programme est d'estimer dans quelle mesure s'effectue le changement. Pourtant, relativement peu d'évaluations vont jusqu'à établir des liens de cause à effet entre un programme et un changement (par ex., l'évaluation d'impact permettant de déterminer l'attribution).

Ce ne sont pas les indicateurs en eux-mêmes qui déterminent si une évaluation est en train de mesurer l'impact. C'est plutôt la conception de l'étude, par exemple, qui permet de décider si l'on peut établir un lien d'impact (de causalité). Nous allons illustrer cette question à l'aide de deux exemples. Premièrement, supposons qu'un pays X a mis en œuvre un programme national pour promouvoir l'allaitement au sein au cours des cinq dernières années. Des enquêtes EDS menées au cours des années deux et cinq démontrent une hausse évidente de la prévalence de l'allaitement maternel exclusif. Alors que nous sous-entendons que

c'est le programme qui a contribué à cette hausse, nous ne parvenons pas à attribuer ce changement à notre intervention. Peut-être qu'une autre ONG aurait promu l'allaitement au sein dans les mêmes régions, sans que le Ministère de la santé ne soit au courant. De tels facteurs de confusion peuvent être négatifs ; pourtant ils ont une influence positive sur l'effet. Il peut s'agir par exemple d'une baisse de l'économie dans le pays rendant le lait trop cher pour les mères. Cet exemple décrit un cas où un programme a atteint ses objectifs (accroître la pratique de l'allaitement au sein), mais on ne peut pas exclure des facteurs extérieurs au programme (les « facteurs de confusion ») qui pourraient se trouver à la racine du changement. Le suivi du changement dans une population donnée (en l'absence de groupe témoin) est aussi connu sous le terme « suivi des résultats » ou « suivi des tendances ». De nombreux responsables politiques sont tout à fait satisfaits de ce genre d'évaluation, en particulier si les résultats démontrent le changement souhaité au niveau de la variable d'effet. Ils ne s'inquiètent pas des facteurs de confusion qui peuvent aussi expliquer le changement en question. En effet, de nombreuses personnes pourraient conclure que si le changement souhaité a lieu, alors « le programme a eu un impact ». En revanche, les spécialistes de l'évaluation reconnaissent, eux, que la simple observation d'un changement n'est pas la preuve d'un lien de causalité.

Dans le deuxième cas, imaginons que le gouvernement est intéressé à évaluer l'impact de son initiative de promotion d'allaitement au sein. Aussi, il soumet 20 provinces du pays choisies au hasard à un traitement et choisit un domaine de comparaison (par exemple, 10 provinces chacune). Une enquête de base menée dans les deux régions montre qu'elles ont toutes les deux des caractéristiques socio-économiques semblables et qu'on y pratique aussi l'allaitement au sein. Ensuite, le gouvernement met en œuvre un programme intensif de promotion de l'allaitement au sein dans les provinces expérimentales mais pas dans la région de comparaison (il a cependant l'intention de mettre en œuvre les mêmes activités une fois que l'évaluation dans la première région est terminée, à condition que l'intervention ait été efficace). Trois ans après la mise en œuvre, le gouvernement décide de mener une étude de suivi dans les deux régions. Les résultats montrent que le taux d'allaitement maternel exclusif est nettement plus élevé dans la région expérimentale que dans les provinces de comparaison. Les résultats de cette étude quasi-expérimentale permettent aux évaluateurs de mesurer ce qui s'est passé en l'absence de promotion, et donc d'attribuer la hausse du taux d'allaitement au

sein à l'intervention. Bref, ce deuxième cas répond aux exigences d'une évaluation d'impact.⁷

Il est à noter que dans le cas de ces deux exemples, les indicateurs auraient pu être les mêmes. La différence – et c'est ce qui a permis de mener une évaluation d'impact dans le deuxième cas – est dans la conception même de l'étude. (Pour un exposé plus détaillé, voir : Bertrand, Magnani et Rutenberg, 1996, chapitre IV.)

De nombreux indicateurs dans ce manuel sont présentés en termes de pourcentages. Cela vient du fait qu'ils sous-entendent l'utilisation de variables dichotomiques entraînant une réponse du type « oui/non » (par exemple, l'usage de moyens de contraception, l'utilisation d'un préservatif lors du rapport sexuel le plus récent, la pratique de l'allaitement maternel exclusif, l'assistance d'une personne qualifiée lors de l'accouchement). Cependant, certains pourcentages dans ce *Compendium* doivent être calculés en rendant dichotomique une variable continue. Par exemple, le **pourcentage de femmes enceintes prenant au moins 1 kg par mois au cours des deux derniers trimestres de grossesse**. Cette variable est dérivée d'une variable continue, à savoir, « le poids pris par les femmes enceintes au cours des deux derniers trimestres de grossesse ». On peut justifier l'emploi de pourcentages simples (lorsque la variable sous-jacente est continue) pour suivre le changement pendant un certain temps. Cependant, la dichotomisation d'une variable continue entraîne une perte d'informations, et les évaluateurs qui cherchent à montrer un lien de causalité et à établir un contrôle sur les facteurs de confusion devront utiliser de telles variables sous leur forme continue.

7. Indicateurs quantitatifs et indicateurs qualitatifs

Dans le passé, la recherche quantitative a régné sur le domaine de la santé publique et de la recherche en sciences sociales. Cependant, la recherche qualitative a gagné de plus en plus d'importance au cours des années 1990, à tel point qu'elle fait maintenant partie

⁷ Cet exemple hypothétique montre quels sont les éléments nécessaires à la démonstration de la causalité, mais il n'est pas le reflet juste des réalités et des difficultés lors des expériences effectuées sur le terrain. Par exemple, des administrateurs de haut niveau s'opposent souvent au fait de ne pas accorder des avantages potentiels à certains groupes dans leur circonscription. Un autre problème est le fait que les régions de comparaison sont rarement « comparables » au niveau de toutes les variables socio-démographiques pertinentes ainsi qu'au niveau des comportements étudiés.

intégrante de nombreux projets de recherche en sciences sociales. De la même manière, la recherche qualitative est aussi très employée dans le domaine de l'évaluation de programmes, tout particulièrement par rapport à l'évaluation des processus (par exemple, pour mesurer la satisfaction des clients ou de quelle manière les participants réagissent au programme). Des groupes de discussion dirigée, l'observation, et les entretiens avec des informateurs-clés forment ensemble les méthodologies les plus courantes. Même si certains chercheurs ont tenté de quantifier les résultats recueillis par des méthodes qualitatives, la tendance générale sur le terrain est de recueillir les idées principales des répondants grâce à un texte narratif plutôt qu'à travers des pourcentages et d'autres statistiques.

Les auteurs soutiennent fortement l'emploi de méthodes qualitatives dans le cadre de l'évaluation de programmes, en tant que complément aux techniques quantitatives et aux indicateurs quantifiables. La recherche qualitative est particulièrement utile dans les quatre domaines suivants :

- Pour l'exercice des évaluations de besoins (afin d'en savoir davantage sur la situation au niveau local avant d'élaborer le programme);⁸
- Pour la compréhension de la terminologie locale sur un sujet donné (avant de finaliser les instruments de collecte de données quantitatives) ;
- Dans l'évaluation des processus (pour illustrer la dynamique de fonctionnement d'un programme, ainsi que ses forces et faiblesses), et
- Pour le développement d'une compréhension plus claire des résultats obtenus à partir d'un instrument quantitatif (par ex., lorsqu'il s'agit d'attitudes, de croyances, ou de valeurs sous-jacentes à une constatation donnée).

En revanche, il est essentiel de quantifier pour mesurer les résultats et impacts.

En résumé, la recherche qualitative joue un rôle de plus en plus important dans l'évaluation des programmes, et nous incitons les évaluateurs à utiliser tant des données quantitatives que qualitatives pour une meilleure

⁸ L'évaluation des besoins est une composante reconnue de la conception de programmes, même si son appartenance au domaine de l'évaluation de programmes est parfois remise en question. En effet, elle a lieu avant que le programme ne soit élaboré. Elle fait partie de ce qu'on appelle recherche formative.

compréhension de la dynamique des programmes. Cependant, l'emploi de techniques de recherche qualitatives se situe au-delà de la portée de ce *Compendium* qui se concentre plutôt sur des indicateurs quantifiables utilisés pour le suivi d'activités de programme, pour la mesure des résultats ainsi que pour montrer un impact.

8. Le cadre de résultats (*Results Framework*)

Au milieu des années 1990, l'USAID a introduit une nouvelle approche pour le suivi de ses programmes, connue au sein de l'organisation sous le terme de Plans d'évaluation de la performance (*Performance Monitoring Plan* ou *PMP*). Au cœur des *PMP* on trouve le cadre de résultats, un outil pour la planification, la communication et la gestion. Le cadre de résultats comporte un objectif stratégique et tous les résultats intermédiaires nécessaires à l'atteinte de cet objectif, que le projet soit financé par l'USAID ou par un de ses partenaires. Le cadre fait connaître aussi l'hypothèse qui sous-tend la stratégie ainsi que les liens de cause à effet établis entre les résultats intermédiaires et l'objectif. Il comporte aussi les suppositions essentielles à l'hypothèse de développement qui doit tenir, afin d'atteindre les objectifs pertinents. En général, le cadre est présenté sous forme graphique avec un texte explicatif (PriceWaterhouseCoopers, 2001). Les évaluateurs ont la possibilité d'appliquer ce cadre conceptuel à des programmes au niveau des pays (en effet, chaque mission de l'USAID dans le monde emploie un tel cadre de résultats). Ils peuvent aussi l'appliquer aux programmes à l'intérieur de certains projets financés par l'USAID (un certain nombre de ces programmes sont décrits dans la deuxième partie de ce *Compendium*). D'autres bailleurs de fonds ont développé des outils semblables pour l'évaluation des programmes. Ils ne sont pas décrits de façon détaillée ici, mais ils exigent aussi que les évaluateurs choisissent des indicateurs appropriés pour effectuer le suivi des progrès effectués par le programme.

Le cadre de résultats présente un certain nombre d'avantages. Tout d'abord, il a transformé ce qui ressemblait à un travail de comptable simpliste en un effort pour atteindre des résultats. La quantité d'affiches produites ou le nombre d'infirmières formées n'a plus d'importance. Plutôt, la question devient de savoir : « quels résultats ont été atteints par le programme ? ». Un second avantage du cadre de résultats est qu'il a été largement utilisé au sein de l'USAID, ce qui a fortement rehaussé le niveau de compréhension des questions relatives au suivi et à l'évaluation de programmes par le personnel de tous niveaux. Alors qu'on avait tendance

à confier l'évaluation à un évaluateur solitaire dans un bureau isolé, le cadre de résultats fait maintenant partie intégrante de la conception des programmes. Les gestionnaires de programme ont pour responsabilité d'atteindre les résultats qu'ils ont esquissés dans leur cadre de résultats. Et de son côté, le personnel attaché au programme comprend que ces indicateurs forment les critères selon lesquels leurs efforts seront évalués.

Certes, le cadre de résultats a ses limites. Premièrement, le cadre décrit la manière dont les interventions du programme contribueront aux résultats finaux grâce aux liens de cause à effet (par ex., les résultats des niveaux inférieurs contribuant à l'atteinte de l'objectif stratégique). Dans la réalité des faits, cependant, le cadre retrace rarement toutes les influences possibles, de telle sorte que les facteurs extérieurs au programme puissent avoir une influence sur les résultats, et ce, à travers des voies que le cadre de résultats ne représente pas (il s'agit du problème d'attribution). Deuxièmement, les résultats souhaités ne sont pas forcément faciles à mesurer en termes quantifiables. Par exemple, le Projet de lutte contre le VIH/SIDA de l'Amérique Centrale (ou « Programa Acción SIDA de Centroamérica » – PASCA) était conçu pour transformer le contexte de formulation des politiques pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, ainsi que pour le renforcement des capacités des ONG pour la mise en œuvre de programmes de prévention en Amérique Centrale. Le besoin en indicateurs pour mesurer le contexte de formulation des politiques a donné naissance à l'Indice d'effort du programme SIDA (ou indice API), maintenant très utilisé. Mais cet instrument de mesure n'avait pas du tout été mis à l'épreuve au moment de la première utilisation. De la même manière, les instruments de mesure pour évaluer le développement des capacités au niveau institutionnel représente les « meilleures estimations » d'un groupe d'experts qui se sont retrouvés pour les élaborer. Ils n'ont cependant pas la rigueur méthodologique liée aux indicateurs plus communs, tel que la prévalence contraceptive ou le taux d'allaitement au sein.

Il y a une troisième limite ; elle n'est pas inhérente au cadre lui-même, mais se trouve plutôt au niveau de sa mise en œuvre. Si les gestionnaires de programme craignent de ne pas atteindre leurs objectifs liés au comportement, c'est-à-dire visant au changement des comportements au niveau de la population (par ex., les effets), ils ont la possibilité de retourner à des mesures de sortie se situant dans le cadre de leurs intérêts. Dans les domaines de SR où les mesures de sortie et d'effet sont

fortement liées (comme dans le cas des immunisations), on remarque moins ce défaut. En revanche, dans les domaines où le lien entre sorties et effets est plus ténu (par ex., la nutrition des femmes), cette limite se fait plus fortement sentir.

9. Exigences au niveau de la présentation de rapports pour les agences coopérantes de l'USAID

Les indicateurs inclus dans ce *Compendium* sont présentés pour une utilisation au niveau national (par exemple la prévalence de l'allaitement au sein, le pourcentage d'établissements offrant des soins après avortement, le pourcentage de femmes enceintes anémiques). Cependant, les évaluateurs devraient adapter ces indicateurs aux besoins de l'organisation qui en fait usage. Par exemple, si un projet œuvre dans un seul district ou ensemble de districts, cette région géographique dicte la population d'intérêt pour ce projet. De la même manière, si un projet pour les adolescents n'est mis en place que dans la capitale, la jeunesse d'un âge particulier (définie peut-être selon des variables socio-économiques ou géographiques) dans cette ville en devient le public cible.

Les agences coopérantes de l'USAID (ou AC), à savoir, des organisations bénéficiant d'un soutien financier de l'USAID et offrant leur assistance technique à travers le monde, doivent répondre à deux besoins en indicateurs différents. Premièrement, elles travaillent avec leurs homologues dans le pays bénéficiaire en vue de l'établissement des indicateurs les mieux adaptés à l'évaluation du programme ou du projet au niveau national, ou alors, au niveau d'un district ou d'une ville, tel que nous l'avons décrit plus haut. Ensuite, il se peut qu'elles doivent rapporter les résultats de l'ensemble de leurs travaux dans les divers pays où œuvre l'organisation donatrice, en l'occurrence, l'USAID.

L'exemple suivant montre comment les évaluateurs peuvent adapter les « mêmes » indicateurs pour l'évaluation d'un programme au niveau du pays d'accueil ainsi qu'à un niveau plus global. Une organisation spécialisée dans la formation et travaillant en collaboration avec ses partenaires dans le pays bénéficiaire pourra adopter les indicateurs suivants, tirés de la deuxième partie, section D, afin de mesurer les capacités au niveau national dans le domaine de la formation :

- La capacité de maintenir en état de fonctionnement un SIG sur le programme de formation;

- L'existence d'une stratégie de formation sur la base de l'évaluation des besoins, afin d'améliorer la qualité de la prestation de services ; et enfin,
- L'évaluation systématique du programme de formation de l'organisation, afin d'en améliorer l'efficacité.

La même organisation de formation pourra alors employer ces indicateurs dans le contexte de la présentation de rapports à l'USAID, concernant le **nombre de pays** ayant atteint ces résultats (parmi ceux où elles ont travaillé).

Ce *Compendium* comprend plus de 300 indicateurs, dont beaucoup sont d'un usage répandu à travers le monde, pour l'évaluation des programmes de SR. D'autres indicateurs sont encore en phase expérimentale, alors que le domaine de la santé de la reproduction s'étend à des domaines nouveaux (pour inclure, par exemple, la participation des hommes, l'excision génitale féminine ou encore la violence faite aux femmes). Le reste de ce *Compendium* est une liste d'indicateurs servant à mesurer les facteurs généraux concernant le contexte de la prestation de services (dans la deuxième partie) ainsi que les sorties/effets de 13 domaines de programmation différents de la santé de la reproduction (dans la troisième partie).

Deuxième Partie

Les Indicateurs qui
Recoupent Plusieurs
Domaines de
Programmation

- A. Le statut des femmes et le renforcement de leur pouvoir d'action**
- B. Le contexte politique**
- C. La gestion**
- D. La formation**
- E. Les produits et la logistique**
- F. La communication pour le changement de comportement (CCC)**
- G. La recherche opérationnelle (RO)**
- H. Le contexte de la prestation de services**

LES INDICATEURS QUI RECOUPENT PLUSIEURS DOMAINES DE PROGRAMMATION

La deuxième partie de ce *Compendium* contient les indicateurs qui recoupent plusieurs domaines de programmation, sont donc applicables aux divers aspects de la santé de la reproduction, et qui seront traités individuellement dans la troisième partie. Ces indicateurs peuvent entrer dans trois catégories :

- Les facteurs liés au contexte (arrière-plan);
- Les domaines fonctionnels (ou opérationnels); et
- Le contexte de la prestation de services.

Les facteurs liés à l'arrière-plan sont intégraux au contexte dans lequel les programmes de santé de la reproduction opèrent. Parmi eux, on trouvera notamment le **statut des femmes et le renforcement de leur pouvoir d'action** qui affectent en effet de nombreux aspects du comportement recherchant la santé : l'accès aux ressources pour la recherche de services de santé, l'autonomie/la liberté de fréquenter ces services, la possibilité de négocier avec son partenaire, ou encore la probabilité d'avoir à rechercher la protection en cas de violence liée au genre. Le niveau de traitement reçu par les femmes dans le contexte de la prestation de services laisse transparaître les niveaux atteints par leur statut et leur pouvoir d'action. Cette mesure aura, à son tour, un effet sur la décision de maintenir la pratique des comportements désirables en matière de santé. **Le contexte politique**, un autre facteur important, peut faciliter ou entraver le développement des programmes de santé de la reproduction. Par exemple, on attribue souvent le succès de certains pays (l'Ouganda, la Thaïlande, le Sénégal), dans leurs efforts pour contenir l'épidémie du SIDA, au soutien des dirigeants nationaux qui favorisent les activités de prévention du SIDA.

Les domaines fonctionnels renvoient, pour un pays donné, aux opérations de soutien à la prestation de services elle-même. Ces domaines constituent souvent les divisions de programme suivantes à l'intérieur d'un Ministère de la santé ou d'une ONG : **la gestion, la formation, les produits et la logistique**, et la **communication pour le changement de comportement**. Nous tenons à inclure également à cette liste **la recherche opérationnelle**.

Ce domaine offre aux organisations les moyens d'expérimenter avec des stratégies diverses, et donc d'améliorer la prestation de services et la performance de leurs programmes.

Ensemble, ces domaines fonctionnels définissent le contexte de la prestation de services, tant en termes de quantité que de qualité des services de SR disponibles dans une communauté donnée. Dans le contexte actuel, les "bons services de SR" se mesurent par leur capacité à intégrer les facteurs **d'accès aux soins, de leur qualité, de l'intégration des services et de la sensibilité aux questions de genre. L'amélioration de la performance** est le processus par lequel les organisations peuvent enregistrer des progrès dans ce domaine.

Les indicateurs servant à mesurer chacun de ces domaines seront le sujet de la seconde partie de ce *Compendium*. Comme l'illustre le cadre conceptuel représenté dans la Figure I.1, ces facteurs sont une partie importante de la chaîne de causalité qui détermine si une population donnée est susceptible de rechercher certains services, d'adopter certains comportements en matière de santé, et d'atteindre un état de santé positif.

Partie II. A

Le Statut des Femmes et le Renforcement de Leur Pouvoir D'action

- Le pourcentage de femmes ayant complété au moins quatre années de scolarisation
- Le pourcentage de femmes exposées aux mass media de façon hebdomadaire
- Le pourcentage de femmes qui gagnent des revenus en argent
- Le pourcentage de femmes qui décident principalement de quelle manière leurs revenus seront utilisés
- Le pourcentage de femmes ayant la permission de se rendre seules au centre de santé
- L'indice de participation des femmes dans la prise de décision au niveau du ménage

LE STATUT DES FEMMES ET LE RENFORCEMENT DE LEUR POUVOIR D'ACTION

Si le sexe d'une personne est une donnée biologique, son genre est réellement un construit social. Il est défini par des normes sociétales attribuant aux hommes et aux femmes des rôles et des valeurs différents. En plus d'être différents, ces rôles, droits et devoirs particuliers ont aussi tendance à être inégaux (Kishor, 1999). Si ce *Compendium* commence avec une section sur le statut des femmes et leur pouvoir d'action, c'est que ces facteurs, par le biais d'une chaîne de causalité conduisant directement à l'état de santé, exercent une influence sur tous les éléments subséquents.

Les relations inégales entre les sexes – et elles existent à des degrés divers dans presque tous les pays, sinon tous – renvoient directement au statut accordé aux femmes dans la société. Le terme de statut des femmes décrit leur situation à la fois en termes absolus et en termes de relation aux hommes. En règle générale, et jusqu'à présent, la mesure du statut des femmes était fondée principalement sur le niveau d'accès à l'information et aux ressources et à leur utilisation par les femmes (par exemple, l'accès à l'éducation, l'accès à l'emploi rémunéré). Le renforcement du pouvoir d'action des femmes est une notion connexe se référant au niveau de contrôle qu'ont les femmes sur leur vie et leur environnement, ainsi que sur la vie de ceux/celles – leurs enfants par exemple – qui se trouvent sous leur responsabilité. Un autre concept connexe, celui de l'autonomie, y est également relié. Il rend compte du contrôle que les femmes exercent sur leur environnement et sur leur propre vie, mais aussi sur leur statut. Plusieurs indicateurs ayant trait au statut et aux moyens d'action des femmes sont disponibles à partir du questionnaire central des enquêtes EDS ou à partir du module sur le statut des femmes, (tel que décrit dans « *A Framework for Understanding the Role of Gender and Women's Status in Health and Population Outcomes* » Kishor, 1999). Nous en présenterons six qui ont fait leurs preuves, ayant été utilisés jusqu'à présent par les chercheurs et les évaluateurs. Le statut et le renforcement de leur pouvoir d'action ont pour but de refléter dans quelle mesure des relations plus égalitaires entre les sexes sont instaurées.

L'équité entre les sexes est un but en soi. Une publication récente de la Banque Mondiale cite l'égalité entre les sexes comme étant une question et un objectif au cœur de la problématique du développement. Des recherches, dans les domaines de l'économie, du droit, de la démographie et de la sociologie entre autres, mettent en exergue d'importants fossés entre les sexes et notamment en matière d'accès et de contrôle des ressources, d'opportunités économiques, de pouvoir et d'expression politique. Ces inégalités entre les sexes non seulement infligent des coûts sur la santé et le bien-être des hommes, femmes et enfants, mais encore, elles réduisent les chances de développement d'un pays. En plus de ces coûts personnels, les sociétés pratiquant la discrimination entre les sexes mettent grandement en péril leur capacité à gouverner de façon efficace, à réduire le niveau de pauvreté et à maintenir un progrès économique quelconque (Banque Mondiale, 2001).

Nombreux sont les groupes qui ont remis en question les structures sociétales donnant aux hommes plus de pouvoir qu'aux femmes. Ils mènent une lutte pour établir un équilibre entre les sexes et ce, au sein de tous les aspects de la vie quotidienne. Compte tenu du fait que l'on retrouve cette situation d'inégalités entre les sexes dans le monde entier, l'entreprise de bouleverser cet équilibre s'avère une tâche colossale. Pourtant, cela n'empêche pas que certains programmes en place se soient attelés au défi de redresser des inéquités entre les sexes. Ces programmes ont pour but, par exemple, d'inciter les filles à fréquenter l'école primaire et secondaire pour compléter leur scolarité.

Dans cette section, nous traitons de la question de genre et du lien qu'elle entretient avec la santé de la reproduction. Un des thèmes majeurs de la Conférence du Caire de 1994 sur la population et le développement (CIPD) était que l'équité entre les sexes représente le plus grand catalyseur de la baisse du taux de fécondité. Un plus grand contrôle sur les divers aspects de leur existence motivera davantage les femmes et leur permettra de contrôler leur propre fécondité, qui, selon

toute vraisemblance, baissera à des niveaux inférieurs à ceux existant actuellement dans les pays en voie de développement. Toujours dans le même ordre d'idées, davantage d'équité entre les sexes permettra aux femmes de forcer les barrières qui les empêchaient de recevoir les soins nécessaires en cas de complications liées à l'accouchement et mettant leur vie en danger (manque d'accès aux ressources familiales, nécessité du consentement du mari pour le recours aux soins), et conséquemment abaissera la mortalité en couches et la morbidité liée aux grossesses.

Selon la même optique, on pourra vérifier que l'équité entre les sexes a des impacts directs dans le domaine de la santé, et ce, autant en termes d'offre de services que de demandes (tel qu'illustré en Figure I.1.) Cette perspective ne diminue en rien la valeur de l'équité entre les sexes en tant que fin en soi. Cependant, elle aborde la question de genre à travers le lien qu'elle entretient avec des facteurs qui, en bout de ligne, ont un effet déterminant sur les comportements en matière de recours aux soins, d'utilisation des services et de pratiques désirables en matière de santé.

On observe, par exemple, que le manque d'équité entre les sexes réduit les chances pour les femmes de recourir aux services sanitaires ou de maintenir des comportements sains. Ceci vient de ce que :

- La connaissance des pratiques saines et des sources de soins leur fait défaut;
- L'accès aux ressources, y compris dans le domaine de la nutrition et des soins de santé, leur est limité; et
- Que le contrôle qu'elles ont sur le processus de prise de décision concernant le nombre d'enfants, la protection contre les IST et les sujets afférents leur échappent.

Le statut peu élevé des femmes a une influence aussi sur le **contexte de l'offre** (par exemple, la prestation de services). Le manque de disponibilité de soins obstétricaux d'urgence dans de nombreuses régions du monde a été rattaché au peu de valeur accordé à la vie des femmes (Rosenfield et Figdor, 2001). Plusieurs études ont démontré que les femmes d'un statut moins élevé reçoivent des soins de moindre qualité que celles d'un statut social plus élevé, et cela, même quand il s'agit du même personnel d'un même établissement. (On trouvera un exemple dans Schuler et Hossain, 1998). Les femmes originaires de groupes ethniques minoritaires font face à des obstacles supplémentaires lorsqu'elles recherchent

des soins, particulièrement si elles ne parlent pas la langue majoritaire du pays où elles vivent.

Les défis méthodologiques de l'évaluation du statut des femmes et le renforcement de leur pouvoir d'action.

- **En règle générale, les professionnels de la santé reconnaissent le rôle que jouent le statut des femmes et le renforcement de leur pouvoir d'action dans le domaine des impacts de santé ; cependant, ils considèrent que cette équité se situe « au-delà de leur domaine d'action.»**

Étant donné le caractère très vaste des écarts entre les genres au niveau de la société dans son ensemble, de nombreux gestionnaires de projet estiment qu'il n'est pas de leur ressort et qu'ils n'ont pas les moyens d'apporter un changement en profondeur au niveau de cet ensemble de valeurs profondément ancrées. Ceux qui ont essayé de mettre au point des programmes dans le but d'influencer les relations de pouvoir au niveau des relations entre les sexes ont souvent dû affronter le point de vue que les relations entre les genres est une composante de la « culture », qui est perçue comme un domaine nébuleux, statique, imperméable à toute intervention (Helzner, 1996; Clark, 1998).

- **L'approche traditionnelle en santé publique est très différente de la perspective des défenseurs des droits de la femme et du renforcement du pouvoir d'action selon les genres.**

Lorsque l'on parle de mettre en application une perspective des droits de l'homme dans le domaine de la SR, cela signifie, entre autres, l'emphase mis autant sur le processus que sur l'effet. Ceci permet d'incorporer les efforts cherchant à prendre en compte la question du genre et des dimensions de pouvoir au niveau de la prise de décision dans les domaines de la reproduction et de la sexualité. Ceci devrait aussi permettre d'inclure l'idée parmi ceux/celles qui recherchent des soins comme parmi les prestataires de services qu'il s'agit d'un droit (Jacobson, 2000). Lorsqu'ils sont pris avec des exigences divergentes mais des ressources limitées, de nombreux gestionnaires de projet ne sont tout simplement pas prêts à « adopter » une approche basée sur les droits humains pour les questions de genre. Ils préfèrent plutôt se concentrer sur le développement de conditions qui auront pour effet de contourner ou annuler les conséquences

négligentes du manque d'équité entre les genres (par exemple, à travers l'approvisionnement en moyens de contraception que les femmes peuvent prendre sans que leur mari en ait connaissance). Si l'équité entre les sexes jouait un rôle plus important dans la programmation en SR au niveau international, les gestionnaires de projet se sentiraient peut-être plus urgemment davantage poussés à développer des indicateurs pour le suivi des progrès dans ce domaine.

- **Certaines personnes perçoivent la question de genre comme étant un concept amorphe ne se prêtant pas à être mesuré.**

Des concepts essentiels au manque d'équité entre les sexes – tels que les systèmes de valeur, la prise de décision, le contrôle des ressources – paraissent abstraits ; ils ne peuvent être mesurés. En effet, ceux qui se sont rassemblés pour développer des indicateurs concernant le statut des femmes et le renforcement de leur pouvoir d'action dans divers contextes ont eu des difficultés à choisir quels éléments devraient être mesurés. Un groupe a suivi une approche mettant à jour de quelle manière le manque d'équité entre les sexes empêche le succès des programmes de SR. Même si cette stratégie s'est avérée logique et faisable, ce groupe n'a pas aimé le fait de définir le statut des femmes comme un obstacle ; les membres de ce groupe ont préféré plutôt rechercher des moyens positifs pour intégrer les questions de genre dans leurs interventions de santé de la reproduction (Yinger et al., 2001).

Dans son examen détaillé de l'équilibre des pouvoirs dans les rapports entre les sexes, Blanc (2001) cite le manque d'outils utiles et pratiques pour mesurer les relations de pouvoir. Alors que certaines mesures ont été rattachées à des effets particuliers dans certains contextes, de telles relations ne sont pas forcément valables dans d'autres contextes (c'est-à-dire valables à travers différentes cultures). Ainsi que le fait remarquer Blanc, les relations de pouvoir sont rarement mesurées en tant que telles ; si, donc, un effet souhaité se produit, il peut être impossible de l'attribuer à un changement au niveau des relations de pouvoir.

- **Pour mesurer le manque d'équité entre les genres, il faut des points de comparaison, pas simplement un nombre.**

Il est difficile d'illustrer le manque d'équité entre les sexes (comme dans l'accès aux ressources, par exemple) avec un seul nombre (tel qu'un pourcentage, une moyenne ou une

médiane), parce que le concept de genre est relationnel. Le manque d'équité entre les sexes est le reflet du fait que les femmes ont moins accès au pouvoir et aux ressources que les hommes. Les femmes d'un statut plus élevé (par exemple, les prestataires de services) peuvent aussi user de discrimination envers les femmes d'un statut moins élevé à cause de leur genre, et ainsi limiter leur accès aux services. On y trouve cependant des exceptions, telles que certains indicateurs reliés à la discrimination sur les lieux du travail : le pourcentage de femmes occupant des postes de gestion ou les effets au niveau de la société de la discrimination basée sur le genre (l'infanticide des filles, la violence faite aux femmes, par exemple). Ainsi, illustrer les disparités au niveau d'équité entre les sexes exige souvent une désagrégation et des comparaisons de données par sexe (hommes/femmes). L'amélioration dans le temps du niveau d'éducation des femmes (par exemple, le pourcentage de filles inscrites à l'école) est en général accepté comme étant un signe de progrès, contribuant au renforcement du pouvoir d'action des femmes.

- **En général, les programmes accentuent les femmes, en tant que « sexe défavorisé », et accordent peu d'attention aux besoins des hommes.**

Lorsqu'il s'agit de différences en matière de pouvoir et d'accès aux ressources, les hommes semblent généralement avoir l'avantage. Pourtant, dans le domaine des services de contraception et de SR, les programmes ont très peu pris en compte les hommes. Non seulement cette approche a exclu les hommes lorsqu'il s'agit de participer au maintien de la santé de la reproduction et des enfants, mais elle a aussi clairement mis le poids de cette responsabilité sur les femmes. L'épidémie du VIH/SIDA a mis en exergue le fait que l'exclusion des hommes ne peut pas continuer. Cela vient en particulier de ce que cette exclusion finit par contribuer à la situation défavorisée des femmes et à leur manque de pouvoir d'action.

La question de genre dans ce *Compendium*

Parce que le concept de genre joue un rôle si complexe et omniprésent dans tous les aspects de la vie humaine, la définition d'un ensemble « d'indicateurs de genre » est un défi (pour des raisons décrites plus loin). Ici, plutôt, nous nous attachons à traiter de la question du genre par quatre moyens :

1. **Des indicateurs concernant le statut des femmes et le renforcement de leur pouvoir d'action basée sur la population**

Dans cette section, nous allons décrire une sélection d'indicateurs concernant le statut des femmes et le renforcement de leur pouvoir d'action basée sur la population, tels que disponibles à travers les enquêtes EDS et autres enquêtes de grande échelle au niveau national. Les évaluateurs peuvent utiliser ces indicateurs de trois manières. Premièrement, le simple suivi d'un indicateur peut illustrer un progrès (tel que le niveau croissant de l'éducation des femmes). Deuxièmement, les indicateurs peuvent servir à illustrer les différences dues au genre dans le contexte de comparaisons homme/femme. Et troisièmement, les indicateurs peuvent servir à montrer les effets du statut des femmes sur d'autres comportements ou phénomènes (les femmes ayant un niveau d'éducation moins élevé ont moins de pouvoir dans la prise de décisions, par exemple). Pour une présentation utile de ces liens à partir de données extraites d'enquêtes DHS, se référer à Kishor (1999).

La situation du « statut des femmes et le renforcement de leur pouvoir d'action » dans le cadre conceptuel en Figure I.1 est une illustration de l'influence considérable exercée par le concept de genre sur tous les autres aspects programmes de SR. En bref, le statut des femmes a une influence à la fois sur les services de SR et le contexte de l'offre, et à travers ces éléments, sur l'état de santé au niveau du système reproductif.

2. La question de genre au sein des structures de gestion et de la prestation de services

La question de genre influence deux aspects du contexte de l'offre dans le domaine des services de santé de la reproduction de façon mesurable : la structure de gestion et le système de prestation de services. Par exemple, pour un travail comparable, en général, les hommes reçoivent un salaire plus élevé que les femmes ; les femmes occupent souvent les postes les moins bien rémunérés au sein d'une organisation. Pour ce qui est de la prestation de services, les femmes d'un statut moins élevé peuvent recevoir des soins de moins bonne qualité que celles d'un statut plus élevé, même au sein d'un même établissement. Sans le vouloir, les prestataires peuvent contribuer au renforcement des stéréotypes à travers les messages communiqués aux clientes. Même si les indicateurs pour ces phénomènes sont relativement récents, nous incluons une liste de contrôle avec les facteurs servant à évaluer les établissements dans le domaine d'équité entre les sexes ainsi que l'environnement de la prestation de services au niveau des questions de sensibilité aux questions de genre. (Voir Deuxième partie, H.4.)

3. Une « interprétation à la lumière du genre » des autres indicateurs

Du fait de l'étendue de l'influence du concept de genre sur tous les aspects de la prestation de services, nous allons présenter une suite d'encadrés dans le texte des Deuxième et Troisième parties de ce *Compendium*. Ces encadrés expliquent de quelle manière les évaluateurs peuvent interpréter d'autres indicateurs à la lumière du concept de genre. Souvent, en désagrégant les données par sexes (hommes/femmes), il est possible de reconnaître les effets du manque d'équité entre les sexes au sein d'un système. Les encadrés ne présentent pas des indicateurs du statut des femmes et du renforcement de leurs pouvoir d'action en tant que tels. Ces encadrés indiquent plutôt de quelle manière on peut analyser les résultats à la lumière du concept de genre.

4. Indicateurs concernant la pertinence de programmes liés au genre

La Troisième partie du *Compendium* expose les indicateurs concernant des domaines spécifiques de la santé de la reproduction ; nous allons présenter deux sections particulièrement pertinentes au concept de genre. Il s'agit premièrement de la participation des hommes. Suite à la Conférence du Caire, des programmes à travers le monde ont tenté d'inclure davantage les hommes dans la programmation en SR, autant au niveau du soutien aux comportements reliés à la recherche de soins chez leurs partenaires, qu'au niveau de leur participation directe. Ceci implique l'adoption de pratiques qui soutiennent l'amélioration de la santé en matière de reproduction. Le deuxième sujet dont il s'agit est la violence faite aux femmes, une des expressions physiques les plus dommageables que puisse prendre le manque d'équité entre les sexes. Les programmes d'intervention dans ce domaine sont encore très nouveaux. Selon des chercheurs et évaluateurs dans ce domaine, les données sur les indicateurs dans ce domaine peuvent rendre perplexes et être contraires à l'intuition. Par exemple, les taux d'actes violents peuvent s'accroître au début de programmes conçus pour combattre la violence faite aux femmes, et ce, précisément parce que davantage de femmes osent admettre qu'elles sont battues. De plus, l'utilisation de telles données pourrait faire du tort aux femmes mêmes que le programme cherche à aider, si la collecte de données n'est pas effectuée avec soin. Le dépistage de la violence et les services qui y sont reliés mettent en exergue la nécessité de protéger la confidentialité des clientes et de respecter des procédures au cas où cette confidentialité serait transgressée.

Les catégories d'indicateurs concernant le statut des femmes et le renforcement de leur pouvoir d'action.

Le rapport de la Banque Mondiale intitulé *Susciter le développement : égalité entre les sexes – en droits, en ressources et en opinion* (2001) cite trois formes importantes de disparité entre les sexes, en indiquant quels sont les indicateurs servant à les mesurer :

- Les droits sociaux, économiques et juridiques, mesurés en termes :
 - d'égalité politique et juridique ;
 - d'égalité sociale et économique ; et
 - d'égalité dans les procédures de mariage et de divorce.
- L'accès aux ressources de production, mesuré en termes :
 - d'éducation – taux de scolarisation au niveaux primaires et secondaires ;
 - de santé – espérance de vie à la naissance, le poids de la morbidité (le fardeau des maladies), la violence liée au genre, le VIH/SIDA ;
 - de biens – la propriété foncière, l'accès à l'information, à la technologie et aux ressources financières ; et
 - d'emploi et de revenu – participation à la population active, rapport de représentation par occupation et revenus comparés.
- L'expression de l'opinion pour influencer les décisions au sein de leurs communautés et au niveau national, mesuré en termes de :
 - participation au niveau politique ; et
 - représentation au niveau des postes d'élus.

Les indicateurs suivants (choisis en partie parce qu'ils sont accessibles à travers l'enquête EDS), soulignent avant tout sur l'accès aux ressources de production et sur l'égalité sociale.

Indicateur

LE POURCENTAGE DE FEMMES AYANT COMPLÉTÉ AU MOINS QUATRE ANNÉES DE SCOLARISATION

Définition

Cet indicateur mesure le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant complété au moins un niveau d'éducation primaire. Selon les pays, l'éducation primaire peut durer de quatre ans à huit à dix ans. Cet indicateur peut être calculé comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant complété 4 années de scolarisation}}{\text{Le nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans}} \times 100$$

Les données nécessaires

Des informations concernant le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant complété l'école primaire et concernant le nombre total de femmes dans cette tranche d'âge incluses dans l'enquête.

Source(s) de données

Les enquêtes auprès de la population, du type EDS ou ESR.

But et questions

L'accomplissement des études au sein de la population varie de façon considérable selon les pays. En Inde, par exemple, où très peu de femmes complètent leur éducation, une mesure telle que la proportion de femmes sachant lire et écrire peut suffire. D'un autre côté, dans des pays tels que le Kazakhstan ou la Colombie, où l'éducation primaire est pratiquement universelle, une mesure plus adéquate serait la proportion de femmes ayant complété l'école secondaire.

On préférera cet indicateur au pourcentage de femmes ayant complété l'école primaire, puisque le nombre d'années nécessaires pour compléter l'école primaire varie selon les pays (cinq ans en Égypte, huit ans au Kenya, par exemple). La prudence est de rigueur aussi, lorsqu'on calcule les taux pour celles âgées de 15 à 49 ans. En effet, beaucoup vont encore à l'école, et en

Afrique sub-Saharienne, beaucoup vont encore à l'école primaire du fait de l'âge tardif d'entrée à l'école et parce qu'elles ont dû redoubler des classes.

Une analyse plus poussée de cet indicateur, selon les groupes d'âge, peut donner une idée du changement d'atmosphère dans le domaine de l'éducation des femmes. En particulier, on peut s'attendre à ce que les femmes âgées de 25 à 29 ans aient été scolarisées davantage que celle d'un groupe plus âgé.

L'accomplissement des études est d'une grande importance lorsqu'il est question d'équité entre les sexes, et ce, pour de nombreuses raisons. Cela rend les femmes plus confiantes en elles-mêmes et leur donne un pouvoir de logique leur permettant de vivre dans un monde de plus en plus complexe. L'éducation leur donne les connaissances et la formation requise pour faire partie de la population active. Elle les expose aussi à des modes de pensée en dehors des schémas traditionnels et leur offre des alternatives. Même si l'éducation n'est pas une garantie de la parité entre les sexes, elle constitue un pas essentiel dans cette direction.

LE POURCENTAGE DE FEMMES EXPOSÉES AUX MASS MEDIA DE FAÇON HEBDOMADAIRE

Définition

Cet indicateur mesure le nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant indiqué avoir été exposées à la radio, à la télévision, aux journaux ou à des magazines au moins une fois par semaine. Les mesures de l'indicateur se font pour la télévision et la radio. Les évaluateurs pourront ajouter des questions concernant les journaux et magazines en plus (et non au lieu des) questions sur la télévision et la radio. Cet indicateur est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans indiquant avoir été exposées à la radio ou à la télévision au moins une fois par semaine}}{\text{Le nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans}} \times 100$$

Les données nécessaires

Des informations concernant le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans indiquant avoir été exposées à la radio ou à la télévision au moins une fois par semaine, ainsi que concernant le nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans incluses dans l'enquête.

L'enquête EDS établit les catégories suivantes, concernant les femmes ayant été exposées à la radio, à la télévision, aux journaux ou à des magazines : « presque tous les jours, au moins une fois par semaine, ou pas du tout ».

Source(s) de données

L'enquête auprès de la population du type EDS ou ESR (à partir d'enquêtes choisies).

But et questions

Les mass media sont importants comme source d'information et comme porte d'accès à des idées nouvelles, à des alternatives de modèle et à des structures de pouvoir qui ne sont pas fondées sur la parenté. Les media jouent un rôle d'autant plus important dans les

pays où les femmes ont fait peu ou pas d'études, ont une liberté de se déplacer réduite, sont peu impliquées dans la population active ou sont employées dans les exploitations agricoles familiales. Certes, les media jouent aussi un rôle important pour les hommes, mais peut-être dans une moindre mesure que les femmes, parce qu'ils ont tendance à avoir accès à des sources d'information plus diversifiées que les femmes. En d'autres termes, ils sont généralement employés, ont fait des études et ont la possibilité de se déplacer librement en dehors de leur domicile. Le fait d'être exposée aux media peut être perçu comme permettant un « renforcement des pouvoir d'action » des femmes, de la même manière que l'éducation. Dans le domaine de la recherche en matière de santé et de planification familiale, le fait que les femmes soient exposées à ne serait-ce qu'un type de media, surtout s'il s'agit de la télévision, est un indice puissant concernant les attitudes, les croyances et les actions, même en contrôlant pour le facteur éducation (Westoff et Bankole, 1997.)

Indicateur

LE POURCENTAGE DE FEMMES QUI GAGNENT DES REVENUS EN ARGENT

Définition

Cet indicateur mesure le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui gagnent un revenu en argent en travaillant soit à partir de leur domicile, soit à l'extérieur. Aucune quantité minimum n'a été précisée. Cet indicateur est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans gagnant un revenu en argent}}{\text{Nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les informations concernant le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont un emploi et reçoivent un revenu, et les informations concernant le nombre total de femmes incluses dans l'enquête.

Note : les évaluateurs devraient inclure les femmes recevant un revenu de la vente de leurs récoltes lors de l'utilisation de cet indicateur.

Source(s) de données

Une enquête auprès de la population, du type EDS.

But et questions

Cet indicateur peut renvoyer à plusieurs sortes d'effet permettant le renforcement des pouvoirs d'action : conscience à des réseaux autres que ceux liés à la parenté, l'accès à l'information par des sources externes à la famille et l'accès direct aux ressources sous la forme de revenus en argent. On préférera cet indicateur à son alternative, le pourcentage de femmes qui ont un emploi, parce qu'en recherche, il y a une tendance à trouver que les femmes qui ont un emploi non rémunéré ont des pouvoirs d'action « plus faibles » que celles qui n'ont pas d'emploi du tout. Les femmes qui travaillent sans recevoir de revenu sont généralement celles qui travaillent sur une exploitation agricole familiale ou dans une situation de dépendance, et donc sont à même d'être privées de toute source extérieure de « renforcement de leur pouvoir d'action ».

LE POURCENTAGE DE FEMMES QUI DÉCIDENT PRINCIPALEMENT DE QUELLE MANIÈRE LEURS REVENUS SERONT UTILISÉS

Définition

Cet indicateur est une mesure du pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui décident principalement de quelle manière sera utilisé leurs revenus.

« Principalement » renvoie au fait qu'elles puissent recevoir des conseils de leur mari, de leur frère ou d'un parent, mais qu'en dernier lieu, elles exercent un certain contrôle sur leurs revenus. Cet indicateur est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans qui décident principalement de la manière dont leur revenu est utilisé}}{\text{Nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les informations sur le nombre de femmes qui décident principalement de l'utilisation de leur revenu et le nombre total de femmes ayant un emploi rémunéré.

Source(s) de données

Une enquête auprès de la population du type EDS ou ESR (sur des enquêtes choisies).

But et questions

Pour les femmes, le fait d'avoir de l'argent, même peu, dont elles ont le contrôle, revêt une grande importance en ce que cela contribue à leur autonomie et leurs droits financiers, réels ou perçus. Grâce aux sources de revenu et à la capacité d'exercer un contrôle sur la manière dont ce revenu sera utilisé, les femmes peuvent être moins dépendantes des autres pour ce qui est du soutien financier. Ainsi elles peuvent exercer plus de choix dans leur vie.

Un autre indicateur est le pourcentage de femmes qui prennent part (seules ou avec leur mari ou quelqu'un d'autre) aux décisions concernant la manière dont leurs revenus doivent être utilisés. Ceci peut être moins significatif lorsqu'on mesure l'autonomie et les droits financiers.

Indicateur

LE POURCENTAGE DE FEMMES AYANT LA PERMISSION DE SE RENDRE SEULES AU CENTRE DE SANTÉ

Définition

Cet indicateur est une mesure du pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont la permission de se rendre seules au centre de santé, c'est-à-dire sans personne pour les accompagner. Cet indicateur est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant la permission de se rendre seules au centre de santé}}{\text{Le nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans}} \times 100$$

Les données nécessaires

Des informations concernant le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant la permission de se rendre seules au centre de santé et concernant le nombre total de femmes dans cette tranche d'âge incluses dans l'enquête.

Source(s) de données

Une enquête auprès de la population telle que le module sur le statut des femmes dans les enquêtes EDS.

But et questions

La possibilité qu'a une femme de se déplacer librement à l'extérieur de son domicile est un aspect essentiel au renforcement de ces pouvoirs d'action. Cet indicateur n'est pas forcément adéquat dans tous les pays, puisque le manque de liberté n'est pas un problème universel. Cependant, il est particulièrement adapté aux pays de l'Asie du Sud-est et musulmans, où des contraintes peuvent être exercées sur la liberté des femmes de se déplacer.

Dans le cas de cet indicateur, le « centre de santé » est une destination tout à fait pertinente, étant donné le sujet dont traite ce *Compendium*. (La santé en matière de reproduction). Pourtant, une mesure plus détaillée peut s'avérer utile – une mesure à l'image d'un certain nombre de destinations habituelles combinées à l'intérieur d'un

indexe de mobilité, sur la base du nombre total d'endroits où une femme se rend. Ces endroits peuvent être le marché local, un centre communautaire ou un autre lieu de rencontres à proximité, le domicile d'amis dans le quartier, l'église, un lieu saint, la mosquée ou le temple, ou simplement un endroit quelconque en dehors du domicile. Les évaluateurs attribue un point pour chaque lieu auquel une femme peut se rendre sans escorte. Le nombre total de points représenterait le nombre total d'endroits auquel une femme peut se rendre seule.

Certes, le fait qu'une femme puisse se rendre seule au centre de santé ne dit pas beaucoup en soi sur son autonomie (en d'autres termes, elle peut très bien pouvoir se déplacer seule sans pour autant être autonome). Cependant, le fait de ne pas pouvoir se rendre à différents endroits de façon indépendante est une forte indication d'une absence d'autonomie.

L'INDICE DE PARTICIPATION DES FEMMES DANS LA PRISE DE DÉCISION AU NIVEAU DU MÉNAGE

Définition

Cet indicateur offre une mesure de la participation des femmes aux cinq types de décisions suivants :

- Concernant la propre santé de l'enquêtée ;
- Concernant les grosses dépenses pour le ménage ;
- Concernant les achats quotidiens pour le ménage ;
- Concernant les visites aux parents et amis ; et
- Concernant le choix de la nourriture à préparer pour les repas quotidiens.

On considère qu'une femme prend part à une décision donnée lorsque c'est elle qui prend la décision, seule ou conjointement avec une autre personne. L'indice est défini comme étant le nombre de décisions auxquelles une femme prend part. On le calcule en attribuant un 1 pour chaque décision à laquelle une femme prend part (et un 0 autrement), seule ou conjointement avec une autre personne, et en considérant la somme. L'indice variera donc de 0 (ne prend part à aucune des cinq décisions) à 5 (prend part à chacune des cinq décisions).

Les données nécessaires

Il s'agira des réponses à la question : « Dans votre famille, qui a généralement le dernier mot concernant les décisions suivantes : les choix concernant votre propre santé, les grosses dépenses à effectuer au niveau du ménage, les achats quotidiens à effectuer au niveau du ménage, les visites rendues aux parents et aux amis, la nourriture à préparer pour les repas quotidiens ? »

Source(s) de données

On choisira une enquête auprès de la population du type EDS ou ESR (pour des enquêtes choisies).

But et questions

Cet indice est relativement nouveau, mais il s'agit peut-être de l'instrument de mesure le plus direct du renforcement des pouvoirs d'action d'une femme. Il permet en effet d'étudier la participation des femmes au niveau d'au moins cinq processus de prise de décision essentiels. Ce genre d'information fait maintenant partie intégrante du questionnaire EDS central, et pour certains pays, il y aura peut-être des questions supplémentaires concernant d'autres décisions importantes. Il faudrait que les évaluateurs formulent cet indice suivant la participation des femmes (seules ou conjointement) au niveau de chacune des cinq décisions essentielles.

Plus l'indice est élevé, plus il reflète le niveau d'équité entre les sexes au niveau de la prise de décision. En agrégeant les résultats individuels pour cet indice, il est possible d'accéder à une mesure de l'équité entre les sexes au niveau d'une région ou d'un pays, ou encore à travers le temps.

Partie II.B

Le Contexte Politique

- L'existence de politiques, de plans, et de directives visant à promouvoir l'accès et/ou la qualité des services en SR
- Le retrait des obstacles au développement des politiques en matière de SR et/ou de prestation de services
- Le nombre d'incitations politiques visant à accroître la participation du secteur privé dans la prestation de services en SR
- Les ressources disponibles pour la SR
- Le nombre de nouveaux mécanismes de financement identifiés et mis à l'épreuve
- Le soutien à la SR au niveau politique et au niveau de la population
- La participation dans le processus de formulation des politiques en SR
- Le nombre de réseaux ou de coalitions d'ONG travaillant dans le domaine de la SR
- Le caractère adéquat du processus de planification des politiques

LE CONTEXTE POLITIQUE

La promotion des réformes politiques est un outil important... au niveau de la coopération pour le développement dans son ensemble.... Dans chaque secteur, l'expérience a montré que les progrès résultant du soutien à la formation, à l'accroissement des capacités institutionnelles et de l'approvisionnement direct en ressources sont soit mis en valeur, soit entravés par les politiques, règlements et pratiques administratives en vigueur dans ce secteur. Lorsque les politiques et les règlements offrent un contexte favorable aux perspectives équitables et à la croissance économique durable, ils jouent un rôle important dans la création d'un environnement où le développement peut s'épanouir (USAID, 2000).

Politiques et contexte politique sont des termes souvent employés de façon interchangeable. Le contexte politique est un élément à la fois intrinsèque et extrinsèque au fonctionnement des programmes de SR. En effet, il fait partie du contexte sociopolitique dans lequel les programmes doivent opérer. Il a aussi une influence sur l'envergure des actions de programme, les ressources allouées et la structure organisationnelle du programme même. Nous définirons le terme *contexte politique favorable* (ou *habilitation*) comme étant celui où (a) les lois et les décrets-lois rendent obligatoires l'approvisionnement en produits et services sans pour autant imposer des restrictions excessives sur les client(e)s ; (b) les ressources publiques et privées suffisent à assurer l'approvisionnement de la population complète ; (c) les dirigeants du gouvernement et de la société civile s'expriment ouvertement en faveur des services de SR et des pratiques liées à la bonne santé ; et (d) les caractéristiques du processus de formulation des politiques incluent de bons principes de planification et une participation considérable.

Les indicateurs choisis pour ce chapitre reconnaissent clairement à la fois le contexte sociopolitique au sens large, et des questions politiques particulières à la SR.

Le contexte politique n'est pas du tout statique. Il change constamment, en réponse aux changements dans les domaines politiques et économiques, aux changements liés à la disponibilité et aux coûts des technologies en SR, et aux problèmes de santé publique émergents.

Ainsi, toute évaluation de politique doit traiter non seulement des *processus* à travers lesquels les politiques sont formulées et revues, mais aussi des politiques elles-mêmes. Le fait d'accorder à des groupes jusque-là sous-représentés, tels que les femmes ou les citoyens des régions rurales, le droit de s'exprimer dans le processus politique peut fortement influencer l'obtention d'un ensemble de services publics différents. Un contexte politique adapté à la planification familiale, face à l'épidémie croissante du VIH/SIDA, pourrait devenir obsolète ; des prix moins élevés pour les médicaments pourraient soulever un débat sur les thérapies anti-rétrovirales, auparavant hors d'atteinte à cause de leur coût. Dans ce chapitre, nous avons aussi inclus un indicateur concernant le processus de planification des politiques (auquel nous nous référerons aussi sous le terme de *formulation de politiques*, de *réforme politique*, ou de *changement de politique*).

C'est un véritable défi que de définir les frontières ou les limites d'une politique. Les politiques comprennent des déclarations formelles de gouvernements, des lois et des codes. Le terme recoupe aussi les règlements opérationnels, les directives, les normes et les valeurs (Cross, Jewell et Hardee, 2001). Quant aux *pratiques*, telles que l'utilisation des ressources ou l'application de normes établies, il est discutable qu'elles relèvent du domaine politique. Les pratiques peuvent être considérées comme un produit du contexte politique, plutôt que faisant partie du contexte. Ces questions de « frontières » ne sont pas propres au domaine

politique, mais se présentent dans presque tous les processus de développement de programmes. Par conséquent, les programmes de formation visent à améliorer la performance des programmes ; et pourtant, ce *Compendium* traite des indicateurs de formation séparément des indicateurs sur l'amélioration de la performance.

En plus de ces problèmes de définition, les évaluateurs de programme voudront peut-être tenir compte d'autres questions au moment d'adapter ces indicateurs à une situation particulière. Ce type de questionnement est résumé brièvement ci-dessous.

Les défis méthodologiques de l'évaluation du contexte politique

- **Il est difficile de traduire les politiques en termes quantitatifs.**

A quelques exceptions près (telle que le montant des budgets de santé), les indicateurs concernant les politiques sont qualitatifs. Il n'est pas moins possible de les évaluer de façon objective. Pour la plupart des indicateurs, une échelle nominale est utilisée (par exemple, la présence ou l'absence d'une politique donnée). Une échelle ordinale peut être employée aussi (par exemple, des indices de liste de contrôle forts ou faibles). Même dans des cas où les mesures d'intervalle ou de proportion seraient en théorie possibles (par exemple, le pourcentage de parlementaires ou de membres du grand public en faveur d'une politique particulière), les budgets des évaluations de programme sont rarement assez élevés pour permettre de les inclure de façon régulière et soutenue.¹

- **Les politiques fonctionnent à des niveaux différents.**

À l'intérieur d'un pays, il arrive que les politiques soient mises en œuvre à différents niveaux d'un programme et par des processus différents. Le corps législatif et/ou le corps exécutif du gouvernement promulgue la majorité des politiques en matière de santé. Le corps législatif le fait à travers des lois, et le corps exécutif par des décrets présidentiels ou ministériels, des directives départementales ou des normes. De même, ce *Compendium* ne juge pas d'avance la valeur relative

¹ Voir : « *Monitoring the Policy Reform Process* » (USAID, 2000) pour un examen des approches quantitative, composée, et descriptive servant à évaluer les politiques.

des politiques exécutives par rapport aux politiques législatives – une loi nationale sur la population recevra la même attention, qu'elle soit promulguée par le parlement ou émise par le cabinet présidentiel. La décentralisation ajoute un niveau supplémentaire de complexité, lorsque les régions subnationales obtiennent le pouvoir de développer des politiques et des budgets. En règle générale, ce *Compendium* propose une définition de « politique » comme étant toute directive ou règlement en mesure d'affecter plus d'un établissement de prestation de services. Par exemple, l'instauration d'honoraires dans une seule clinique ne constitue pas une politique. En revanche, on considère l'utilisation des résultats d'un projet pilote visant à instituer des honoraires pour les utilisateurs au niveau d'un système en entier (qu'il s'agisse d'un ministère de la santé, ou d'une association de services de la planification familiale) une politique.

- **Le changement de politiques est généralement progressif.**

On considère une politique donnée complète lorsqu'elle a reçu l'assentiment officiel au niveau le plus élevé auquel elle s'applique (par exemple, une loi ratifiée par le président après avoir été votée par le parlement, ou des protocoles de programme publiés par un directeur de programmes). Il s'agit souvent d'un processus se déroulant sur plusieurs années. En adoptant un critère de tout ou rien (approuvé/pas encore approuvé), il se peut qu'une amélioration significative du contexte politique soit occultée. À ceux qui travaillent au niveau des applications sur le terrain, il sera peut-être utile de tenir compte des progrès allant dans le sens d'une approbation (par exemple, un projet de loi étudié au niveau d'un comité, soumis pour approbation, approuvé, revu et mis à jour) dans leur définition de l'indicateur. L'évaluation du contexte politique devrait, en plus de déterminer si une politique particulière existe ou a été récemment adoptée, aussi tenir compte des facteurs favorisant sa mise en œuvre. Ces facteurs peuvent être le soutien politique et populaire, ainsi que les allocations suffisantes de ressources.

- **Plusieurs facteurs influencent la mise en œuvre des politiques.**

Des politiques favorables améliorent les programmes et apportent un changement au niveau de la santé de la reproduction que si elles sont mises en œuvre. Pour la plupart, l'évaluation des politiques incluent au moins le *contenu* de la ou des politiques (est-ce que l'accès à

un service est garanti, permet de choisir au niveau des prestataires). La mise en œuvre des politiques subit l'influence d'un tas d'autres facteurs à l'intérieur du contexte politique. Parmi ces facteurs, on trouve les *acteurs* impliqués au niveau de la réforme des politiques, les processus suivis pour mener à bien la réforme, et le contexte au sein duquel la politique s'est développée (Walt et Gilson, 1994). Le soutien au niveau politique et populaire, la participation et le processus de planification lui-même devraient être compris parmi les indicateurs concernant les politiques. En effet, ces éléments ont un effet à la fois sur la probabilité que la politique soit mise en œuvre, et sur le processus de formulation des politiques. On pourrait consacrer un chapitre en entier à l'évaluation de la mise en œuvre, puisque les indicateurs sont en fonction de la politique particulière dont il est question. C'est pour cette raison que ce *Compendium* ne présente pas d'indicateurs particuliers concernant la mise en œuvre ou la conformité d'une politique avec son contenu. Toutefois, plusieurs indicateurs comprennent une section courte concernant les « questions liées à la mise en œuvre », et examinent de quelle manière il serait possible de tenir compte de l'évaluation de la mise en œuvre.

- **Dans certaines circonstances, les règles de conduite peuvent faire partie des politiques.**

Souvent, des pratiques coutumières dominent l'attitude du prestataire de services, et ce, davantage que le font les politiques ou normes publiées. Peut-on qualifier ces règles coutumières de « politiques » ? La réponse à cette question se trouve en partie au niveau de l'intervention choisie dans le but de remédier à une situation. Si la solution choisie est d'élaborer ou de modifier une politique formelle, il faudrait tenir compte de la règle de conduite coutumière en tant que problème lié à la politique. S'il s'agit d'un autre type de solution ou d'action de programme apolitique, il n'est pas nécessaire de tenir compte de la règle de conduite. Un exemple serait celui de médecins refusant de proposer des contraceptifs hormonaux, sous prétexte qu'ils manquent d'expérience avec les formulations à faible dosage ; la solution de choix serait de mettre à jour leurs connaissances concernant les contraceptifs. Dans ce cas, la règle tacite de ne pas refuser de prescrire de traitement hormonal ne serait pas un problème politique. Toutefois, si la solution était d'élaborer de nouvelles normes stipulant que les contraceptifs hormonaux devraient être proposés à toutes les clientes, indépendamment de leur âge ou du nombre d'enfants qu'elles ont, la règle tacite entrerait dans la catégorie

des problèmes politiques. Un autre bon exemple est la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA. Par définition, on trouve la discrimination dans des documents juridiques écrits, et en tant que telle, il s'agit d'une question politique. La stigmatisation, cependant, est un concept en dehors du domaine juridique, traitant des attitudes et comportements individuels. Si pour contrer la stigmatisation, la solution choisie est de mener des campagnes pour éduquer le public sur les droits des personnes séropositives, il ne s'agit probablement pas d'une question politique. Si, toutefois, la solution choisie pour contrer la stigmatisation est de promulguer une nouvelle législation déclarant que le statut de séropositif n'influence pas le droit des individus d'accéder à des biens et services publics, il s'agirait d'une question politique. Autrement dit, c'est la nature de la réponse aux règles de conduite tacites et non ces règles elles-mêmes qui détermine si elles sont de politiques ou non.

Dans cette section sur les indicateurs politiques, nous tenons compte de quatre aspects généraux propres au contexte politique : (a) **les politiques formelles**, (b) **les ressources et la finance**, (c) **le soutien à la SR et la participation au processus politique**, et (d) **la formulation des règles politiques**. Ensemble, ces aspects recouvrent toutes les dimensions d'un *contexte politique favorable*.

Les indicateurs dans cette section ont été organisés autour des quatre catégories suivantes :

- Les politiques formelles ;
- Les ressources et la finance ;
- Le soutien à la SR et la participation au processus politique ; et
- Le processus de planification.

L'EXISTENCE DE POLITIQUES, DE PLANS, ET DE DIRECTIVES VISANT À PROMOUVOIR L'ACCÈS ET/OU LA QUALITÉ DES SERVICES EN SR**Définition**

Par « politiques, plans et directives », on entend les lois et politiques liées à la santé et à la population au sens large. Cela inclut aussi les documents de programme et organisationnels qui ont pour but de réglementer le type de service offert, à qui, et dans quelles conditions. On les trouve dans des clauses constitutionnelles, dans la législation, au sein de règlements gouvernant la mise en œuvre, les ordres exécutifs, les décrets ministériels, et d'autres mesures relatives à la réglementation (règlements et mécanismes de mise en application). On les trouve aussi dans les objectifs officiels et plans de programmes, dans les communiqués et autres directives gouvernementales sous forme de documents formels, dans les normes, dans les directives et les décrets (voir le Project EVALUATION, 1998).

Dans la plupart des pays en voie de développement, des politiques ou des lois de SR d'une sorte ou d'une autre sont maintenant en place, (mais dans peu de cas, cette politique existe de façon indépendante). Cependant, l'expérience a montré que les politiques au niveau macro, les lois, conseils et programmes ne garantissent nullement la disponibilité et la qualité des services en matière de SR. Nous recommandons donc d'inclure dans tout passage en revue de politiques les politiques opérationnelles.

L'expression « promouvoir l'accès » renvoie aux mécanismes qui encouragent la prestation de services en SR et qui accroissent le nombre de points de prestation de services offrant les services et/ou genre de services et méthodes disponibles.

L'expression « promouvoir la qualité » renvoie aux mécanismes qui soutiennent la qualité des services en SR, tels que la compétence des prestataires de services et leur aptitude à répondre aux besoins des client(e)s.

Si les évaluateurs veulent mesurer à la fois l'accès et la qualité, ils doivent élaborer des indicateurs distincts pour chaque critère afin de conserver leur caractère unidimensionnel.

Les politiques individuelles ne seront pas toutes complètes. Par exemple, une déclaration sur le développement national peut bien mentionner la santé de la reproduction comme une question liée au développement sans pour autant détailler la marche à suivre pour améliorer ce domaine. Dans de tels cas où les politiques sont incomplètes, les évaluateurs devraient prendre en compte les politiques relatives à la SR dans leur ensemble plutôt que d'examiner des documents individuels. En vue de mesurer les changements avec le temps, l'indicateur devrait prendre en compte uniquement les politiques élaborées ou modifiées au cours d'une période de référence particulière ; par exemple, la dernière année calendaire.

Les données nécessaires

Elles incluent la preuve de l'existence de politiques, de plans, et/ou de directives. Les documents confirmant cette existence devraient inclure la politique (ou le plan, ou la directive) elle-même, en quel lieu ou par qui elle a été promulguée ou publiée, et une explication de la manière dont la politique (ou le plan, ou la directive) promeut l'accès à ou la qualité des services en SR. Par exemple : le soutien est-il accordé à une panoplie de programmes couvrant toutes les dimensions de la SR, ou est-il limité à un seul élément ? Est-ce que tous les types de population (les femmes, les hommes, les jeunes) sont couverts ? Y est-il question de responsabilité ?

Quelquefois, il se peut que les évaluateurs souhaitent mesurer les progrès effectués en direction de politiques favorables. Dans ce cas, ils peuvent élaborer des indicateurs distincts, propres à chaque niveau de développement (par exemple, esquissé, soumis pour approbation, approuvé). Ils peuvent aussi concevoir une échelle ordinaire pour suivre les progrès depuis la planification du projet jusqu'à l'approbation finale.

Source(s) de données

Le document de politique/plan/directive, avec une preuve de l'approbation (ou de présentation pour approbation). Une analyse du contenu des documents devrait inclure des questions concernant le niveau (national, provincial,

par exemple), le domaine abordé (l'accès, la qualité, la PF, le VIH/SIDA), et où c'est applicable, des questions recoupant plusieurs domaines (le genre, les droits de l'homme, les jeunes).

But et questions

Avec cet indicateur, demande que l'on mesure jusqu'à quel point il existe un soutien explicite à l'accès à et/ou à la qualité des services en SR au niveau du gouvernement, ainsi que d'autres institutions, y compris les centres de prestation de services. Toutefois, l'utilité de la constatation de la présence ou de l'absence de politiques à elle seule est limitée. Nous incitons les évaluateurs à inclure l'indicateur suivant : **Le caractère adéquat du processus de planification des politiques** (cet indicateur est présenté en dernier dans cette section sur le contexte politique).

Il existe une limitation importante pour cet indicateur, relative à la collecte et à l'analyse de tous les documents de politique générale. Les évaluateurs auront peut-être des difficultés à définir « politique en matière de SR » au niveau de chaque pays, et ce, pour plusieurs raisons :

- Suite à la CIPD, la portée de la SR s'est considérablement élargie pour inclure la maternité sans risque, l'allaitement au sein, des aspects de la santé sexuelle tels que l'excision génitale féminine, les adolescents, le SIDA/VIH, en plus de la planification familiale et la croissance démographique ;
- Étant donnée la portée considérable des politiques qu'ils doivent examiner, les évaluateurs devraient prendre soin d'identifier toutes les politiques relatives à la SR. Les plans de développement nationaux, les plans de lutte contre la pauvreté et d'autres politiques économiques peuvent inclure la SR ;
- Les processus par lesquels les politiques sont promulguées diffèrent selon les pays, rendant les comparaisons entre pays difficiles ;
- Le fait de déterminer si une politique, un plan, ou une directive « promeut l'accès et/ou la qualité » est un jugement d'ordre qualitatif. Voir les Sections H.1 et H.2 de la deuxième partie de ce *Compendium* pour les indicateurs concernant l'accès aux programmes et leur qualité ; et
- La mise en application ou l'adhésion aux directives de politique générale constitue un sujet à part.

Lorsqu'ils évaluent la mise en œuvre, il faut que les évaluateurs déterminent si les lois et politiques relatives à la santé et à la démographie incluent un plan qui précise les rôles et responsabilités institutionnelles, fixe un calendrier et des plans d'activité, indique quel seront les budgets, et contiennent un plan de suivi et d'évaluation. Lorsqu'ils évaluent la mise en application des politiques et des lois générales, les évaluateurs devraient d'abord voir s'il existe un plan de mise en application approuvé (ce plan constituera un indicateur en soi). Ils devraient ensuite déterminer si les activités ont été menées selon le plan. D'un autre côté, les politiques opérationnelles sont plus précises. L'évaluation de leur mise en œuvre devrait se concentrer à déterminer si leurs clauses ont bien été appliquées dans la pratique.

Cet indicateur et la question du genre

A travers la perspective du genre, on examine le contenu et les stratégies de mise en œuvre des plans et des politiques.

1. Le contenu des plans

- Le contenu et le langage utilisés sont-ils en accord avec les principaux accords internationaux tel que la CIPD, qui se porte sur les droits en matière de sexualité et de reproduction, plutôt que sur des objectifs démographique ?
- Le langage reflète-t-il une sensibilité aux questions de genre (utilisant par exemple « femmes » et « hommes » au lieu de « couple », qui démontre peu de sensibilité aux questions de genre ; il peut arriver que des couples n'aient pas forcément des objectifs communs en matière de santé de la reproduction. Aussi, les obstacles auxquels font face un « couple » dépendent de qui recherche les soins, l'homme ou la femme) ?

2. Les stratégies de mise en œuvre

- Est-ce que les stratégies tiennent compte des différents moyens à travers lesquels les soins sont recherchés, selon qu'il s'agit des femmes ou des hommes ?
- Est-ce que les stratégies excluent tous les éléments pouvant constituer une contrainte ou retirant aux individus, hommes ou femmes, leurs moyens d'action (par exemple, les politiques accordant aux maris le contrôle sur la santé en matière de reproduction des femmes) ?

LE RETRAIT DES OBSTACLES AU DÉVELOPPEMENT DES POLITIQUES EN MATIÈRE DE SR ET/OU DE LA PRESTATION DE SERVICES

Définition

Cet indicateur représente un sous-élément de l'indicateur **Existence de politiques, de plans et de directives visant à promouvoir l'accès et/ou la qualité des services en SR**. Alors que l'indicateur précédent recouvre le domaine des politiques, lois, et documents de programme qui soutiennent l'approvisionnement et la qualité des services de SR, cet indicateur met l'accent sur la modification des politiques existantes en vue d'éliminer des obstacles à la qualité et à l'accès aux services.

Cet indicateur se rapporte tout particulièrement à la réforme de la réglementation en matière de SR. Les obstacles politiques peuvent affecter les participants au processus de développement des politiques, les prestataires de services et/ou les client(e)s potentiel(le)s. Ils peuvent affecter autant le secteur public que privé (il peut s'agir par exemple de restrictions concernant une méthode contraceptive particulière, ou les critères d'admissibilité aux services en SR) ; ou ils peuvent affecter principalement le secteur privé. Kenney (1993) divise les obstacles au niveau de la réglementation en cinq catégories :

- Les règlements qui réduisent les options en matière de contraception ;
- Les politiques relatives aux taxes et aux importations ;
- La réglementation en matière de publicité et de promotion ;
- Toute autre réglementation ayant un impact sur le secteur commercial ; et
- La réglementation ayant un impact sur les organismes à but non lucratif.

On peut ajouter à ces restrictions celles imposées relatives à l'accès à la formation et l'exclusion des réunions de formulation de politiques et autres milieux où les politiques sont développées.

Les données nécessaires

Des documents relatifs aux règles politiques, nouvelles et anciennes, contenant des preuves de restrictions dans l'ancienne politique qui n'apparaissent pas dans la nouvelle orientation politique.

Source(s) de données

Passages en revue de documents juridiques et de réglementation, de documents politiques avec l'approbation du gouvernement en évidence, de documents de demandes d'approbation.

But et questions

L'objectif de cet indicateur est d'évaluer dans quelle mesure les gouvernements nationaux étendent la participation au développement de politiques et à la prestation de services en SR. Il examine aussi dans quelle mesure ils facilitent l'accès accru de tous les secteurs de la population aux services en SR. En éliminant les critères d'éligibilité pour les client(e)s, tels que l'état civil, l'âge minimum, ou le nombre d'enfants, pour recevoir des méthodes de planning familial ou des soins en SR – il est possible d'accroître les moyens d'action des femmes et des jeunes ; ceci leur permet aussi d'exiger les services et produits qu'ils veulent obtenir. La participation du secteur privé au processus de développement des politiques est un moyen d'assurer que les programmes de SR répondent aux besoins des différents groupes au sein d'une population donnée (les femmes, les hommes, les travailleurs/ses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes). Le secteur privé peut être un réseau important pour la prestation de services en SR, tout particulièrement dans les pays où les programmes gouvernementaux sont surchargés par une demande excessive ou ne peuvent pas atteindre certaines portions de la population.

On peut quantifier cet indicateur de plusieurs façons. En tant que mesure de base, il peut être exprimé en termes de nombre et de type d'obstacles politiques qui entravent la participation du secteur privé. Pour mesurer

le changement dans le temps au niveau d'un pays appliquant, il faut que l'évaluateur compte et décrive les obstacles politiques identifiés au départ et qui ont ensuite été éliminés. Il est possible aux évaluateurs de mesurer le changement en nommant et en comptant les obstacles politiques identifiés et qui n'apparaissent pas dans la nouvelle orientation politique. Les évaluateurs devraient établir un lien clair entre les obstacles identifiés au départ, les interventions menées au niveau des politiques et les obstacles identifiés lors du suivi.

Les obstacles politiques tendent à être de nature très spécifique. De ce fait, il est plus facile pour les évaluateurs de déterminer si une nouvelle orientation politique élimine ces obstacles. Par exemple, si l'obstacle éliminé concerne les taxes d'import sur les contraceptifs, les évaluateurs peuvent interviewer les distributeurs commerciaux afin de déterminer s'ils ne paient plus ces taxes. De même, s'il s'agit d'un obstacle qui réduit les choix contraceptifs, par exemple, la nécessité du consentement des parents lorsqu'il s'agit d'apporter des services à des jeunes de moins de 18 ans qui ne sont pas mariés, les évaluateurs peuvent interviewer les prestataires. Ceci leur permettra d'évaluer dans quelle mesure ils sont informés de l'élimination de cet obstacle. Ils peuvent interviewer des jeunes afin de déterminer dans quelle mesure ils peuvent obtenir des services.

Cet indicateur et la question du genre

Du point de vue de la perspective de genre, la question suivante est posée en ce qui concerne les obstacles politiques :

- Est-ce que les plans reconnaissent les obstacles, communs et différents, auxquels les hommes et les femmes font face en ce qui concerne l'accès aux soins de santé ?

LE NOMBRE D'INCITATIONS POLITIQUES VISANT À ACCROÎTRE LA PARTICIPATION DU SECTEUR PRIVÉ DANS LA PRESTATION DE SERVICES EN SR

Définition

Cet indicateur est un sous-élément de l'indicateur **L'existence de politiques, de plans, et de directives visant à promouvoir l'accès et/ou la qualité des services en SR**. L'attention est portée sur le secteur privé.

Par motivations politiques, on entend toute action facilitant la participation du secteur privé dans la prestation de services en SR. On inclut parmi ces incitations les avantages fiscaux (par exemple, réductions d'impôt) visant les organisations du secteur privé qui offrent des services en matière de SR, ou des individus apportant une contribution à des ONG, ou des hôpitaux offrant des services en SR, l'enlèvement des tarifs, et des bons publics.

Les données nécessaires

Les politiques appliquées mises en évidence qui motivent.

Source(s) de données

Les documents actuels relatifs aux politiques, avec l'approbation du gouvernement mise en évidence ou avec la demande d'approbation.

But et questions

Il arrive que les gouvernements entravent la participation du secteur privé par des obstacles politiques tels que décrits dans l'indicateur précédent. En revanche, l'inverse n'a jamais lieu ; les gouvernements ne peuvent pas *obliger* les prestataires privés à offrir des services en SR.

L'objectif de cet indicateur est d'évaluer dans quelle mesure les gouvernements facilitent la participation du secteur privé au niveau de la prestation de services en SR. Il peut aussi donner une indication de l'importance relative accordée par les gouvernements au rôle que le secteur privé peut jouer dans la prestation de services en SR.

L'expérience qu'ont les évaluateurs au niveau de l'application de cet indicateur dans le contexte des pays en voie de développement est limitée. L'enlèvement de tarifs douaniers sur les contraceptifs, offrant une exemption des taxes à l'importation, constitue l'incitation politique la plus répandue visant la prestation de services par le secteur privé. En Corée du Sud, à un moment donné, le programme de planification familiale fournissait des bons pour rembourser les médecins du secteur privé lorsqu'ils pratiquaient des stérilisations volontaires et l'insertion de DIU. En Indonésie, un système comparable de bons est mis à l'épreuve avec des sages-femmes privées. Au Nicaragua, des bons spéciaux pour les travailleurs/les du sexe ont été testés. Les codes fiscaux peuvent inclure des déductions pour les contributions d'ordre charitable aux ONG.

Les incitations relatives aux politiques visent à accroître la participation du secteur privé. Il faut non seulement que les évaluateurs déterminent la présence ou non d'incitations (par exemple, est-ce qu'un système de bons est disponible ?), mais aussi leur efficacité (est-ce que les prestataires privés desservent davantage de client(e)s qu'ils ne le faisaient avant de bénéficier des incitations ?).

LES RESSOURCES DISPONIBLES POUR LA SR

Définition

Les programmes reliés aux « ressources disponibles pour la SR » comprennent l'argent, les ressources humaines, l'infrastructure physique, et le soutien matériel. On peut exprimer les ressources sous une forme monétaire, par exemple, des budgets en monnaie locale ou convertis en dollars. D'autres unités peuvent être utilisées, telles que le nombre de membres du personnel assignés à la SR, le temps qu'ils y consacrent. Lorsqu'il est employé dans le contexte d'un seul pays, on peut exprimer cet indicateur en termes de ressources totales allouées. Si, d'un autre côté, on vise à une comparaison entre pays, il faut alors utiliser un dénominateur commun pour exprimer cet indicateur, tels que les ressources par personne ou les ressources pour la SR en tant que proportion du budget total.

Les administrateurs de programme obtiennent leurs ressources de quatre sources, principales : le financement direct du gouvernement (central ou local), le financement provenant de bailleurs de fonds (bilatéraux, multilatéraux, et aussi des fondations privées), les paiements effectués par les clients, et les mécanismes de paiement par une tierce personne, tels que l'assurance maladie. Face au déclin du financement pour la SR provenant des gouvernements et des bailleurs de fonds, des alternatives, sous forme de nouveaux mécanismes de financement, tels que les honoraires d'usagers et l'assurance santé, deviennent de plus en plus importants. Se référer au **Nombre de nouveaux mécanismes de financement identifiés et mis à l'épreuve** (l'indicateur présenté dans la section suivante).

Les données nécessaires

Preuves d'allocations ou de dépenses en SR, par source de financement.

Source(s) de données

Documents relatifs au budget de dépenses nationales avec évidence de l'approbation des fonds; des comptes nationaux; des factures, et autres preuves de dépenses; des listes du personnel ou de leurs tâches; d'études temps-mouvement.

Parmi d'autres sources d'information sur le financement au niveau national, on trouve les enquêtes commanditées par le FNUAP et l'Institut démographique interdisciplinaire des Pays-Bas (ou NIDI : www.nidi.knaw.nl), l'étude menée conjointement par l'ONUSIDA et l'université Harvard sur les dépenses nationales relatives au VIH/SIDA, et des études concernant les dépenses nationales et les efforts en vue de développer des comptes nationaux de la santé au niveau des pays individuels.

But et questions

Cet indicateur mesure le niveau d'allocation des ressources au programme de SR, soit par le gouvernement, soit par une ONG ou encore le secteur privé. Il faut que les évaluateurs prennent soin de bien définir cet indicateur avant de l'appliquer à un pays. Tout d'abord, il leur faut établir une définition du domaine des dépenses. L'évaluateur se réfère-t-il seulement aux ressources du secteur public, ou aussi aux dépenses privées en matière de SR ? Les honoraires payés directement par les individus pour leurs propres soins ne devraient pas être inclus dans cet indicateur politique. Cependant, on peut considérer les dépenses effectuées pour eux par leurs employeurs ou assureurs.

Deuxièmement, il faut que les évaluateurs décident de quelle manière traiter la source des fonds publics. Par exemple, ils peuvent très bien exclure les subventions des bailleurs de fonds, tout en incluant des fonds empruntés.

Troisièmement, il est possible que les évaluateurs suivent séparément les dépenses d'investissement (pour des établissements ou des équipements nouveaux ou rénovés) et les dépenses courantes pour le fonctionnement des opérations (salaires, fournitures, entretien). Les budgets d'investissement peuvent varier énormément d'année en année, s'accroître pour couvrir la construction de nouveaux locaux et diminuer lorsque la construction est terminée. Ainsi, le fait qu'un budget d'investissement diminue n'est pas la preuve ou l'indication d'une dégradation du contexte politique. D'un autre côté, les dépenses courantes devraient au moins être stables ou faire preuve d'un accroissement constant dans le temps, afin de tenir compte des populations croissantes et pour assurer des services plus répandus et/ou de meilleure qualité.

Tout particulièrement dans le cas de pays qui offrent des services en PF/SR de même que d'autres soins de santé maternelle et infantile (SMI) ou des services de soins de santé primaire, il se peut que les évaluateurs aient des difficultés à identifier et à relier la rubrique dans le budget du ministère ou de l'organisation en question à la PF ou à la SR. De plus, dans les cas où le personnel offre des services supplémentaires en plus de la PF et de la SR, il sera peut-être difficile pour les évaluateurs de déterminer quelle proportion de leur temps est vouée à la PF et à la SR.

Dans de telles situations, les options suivantes sont à la disposition des évaluateurs. Premièrement, l'approche la plus utilisée, quoique la moins fiable, est de mener des entrevues auprès des travailleurs dans le domaine de la santé et de leurs supérieurs. On leur demande d'estimer la proportion de temps qu'ils passent à l'approvisionnement en services de PF et de SR. Cette proportion peut servir ensuite de point de départ pour l'allocation de coûts de main d'œuvre et d'autres coûts communs.

Deuxièmement, les évaluateurs peuvent mener une enquête sur l'utilisation du temps auprès d'un échantillon d'établissements. Pour cela, ils peuvent utiliser soit la technique de l'analyse du flux de patients, soit l'observation directe à intervalles précis des travailleurs de la santé (en d'autres termes, l'échantillonnage du travail). Bratt et al. (1999) ont montré que, comparativement à l'observation directe, ni les auto-réponses ni l'analyse du flux de patients ne permettent d'obtenir une estimation fiable de l'allocation du temps du personnel.

Troisièmement, un autre indicateur souvent utilisé pour évaluer l'allocation des ressources gouvernementales à la SR est celui de la part du budget national allouée à la planification familiale et à la santé de la reproduction. Le principal problème relié à l'emploi de cette alternative est que les programmes en SR reçoivent leur financement de plusieurs niveaux du gouvernement (national, états, local). Il existe un autre problème : un tel indicateur est sensible aux variations au niveau de la taille du budget national suite à des considérations politiques, idéologiques, ou de sécurité nationale.

Quatrièmement, certains évaluateurs choisissent de convertir les dépenses totales en une mesure des dépenses par habitant. Cette conversion permet d'effectuer des comparaisons entre pays, et au niveau d'un pays, peut servir à compléter plutôt qu'à remplacer l'indicateur relatif aux ressources totales.

Cinquièmement, en préparation pour les **Ressources disponibles pour la SR**, les évaluateurs peuvent suivre, de façon provisoire, les plans ou politiques récemment promulgués (que ce soit au niveau du gouvernement, des organisations ou des programmes) en vue d'accroître les ressources pour les services en SR. Par exemple, on trouve des rubriques nouvelles, distinctes et vouées aux services en SR au sein de budgets des ministères de la santé nationaux ou locaux, ou encore une directive exigeant que les plans d'assurance incluent les services en SR. La planification en vue d'accroître des ressources pour les services en SR peut signaler une reconnaissance croissante de l'importance de ces services.

Finalement, un gouvernement peut rendre ses ressources plus adéquates en utilisant les ressources courantes de manière plus efficaces.

En ce qui concerne la mise en œuvre, une question importante est de savoir si les fonds ou autres ressources allouées sont vraiment utilisés pour l'approvisionnement en services de SR. De nombreux gouvernements n'arrivent pas à mettre en œuvre leurs budgets tels que publiés. Lorsqu'ils évaluent la mise en œuvre, il faudrait que les évaluateurs vérifient que les ressources allouées aux programmes en SR parviennent vraiment aux unités d'opération qui offrent les services sur le terrain. Dans la pratique, la plupart des évaluations ne parviendront pas à suivre le trajet effectué par les fonds jusqu'au niveau opérationnel.

LE NOMBRE DE NOUVEAUX MÉCANISMES DE FINANCEMENT IDENTIFIÉS ET MIS A L'ÉPREUVE

Définition

Cet indicateur complète celui sur les **Ressources disponibles pour la SR**.

Cet indicateur sert à mesurer le « mécanisme de financement », à savoir, tout processus menant à l'accroissement des fonds pour l'approvisionnement en services de SR. Les exemples illustrant ces mécanismes peuvent inclure le paiement des prestations, l'échelle discriminatoire des tarifs, des services subventionnés grâce au financement par les bailleurs de fonds et des mécanismes de co-paiement par un tiers tels que l'assurance maladie.

Par « identifiés et mis à l'épreuve », on entend les actions visant à évaluer la faisabilité et le niveau de justesse de certains mécanismes de financement pour la prestation de services en SR. Pour atteindre cet indicateur, il faut que le pays ou le programme identifie et mette à l'épreuve un nouveau mécanisme de financement.

Les données nécessaires

Informations sur le type de mécanisme de financement identifié et/ou mis à l'essai.

Source(s) de données

Documents et de comptes-rendus de réunions ; d'essais pilotes ; de résultats d'études.

But et questions

Les fonds pour les services en santé de la reproduction peuvent provenir de quatre sources principales. Ces sources sont le financement provenant du gouvernement (central ou local), le financement provenant des bailleurs de fonds, les paiements effectués par les clients, et les mécanismes de co-paiement par un tiers tels que l'assurance maladie. Cet indicateur met en évidence l'importance de la mobilisation des ressources financières en tant que composante essentielle de toute politique ou tout plan national. L'objectif est d'évaluer dans quelle mesure les gouvernements et les ONG locales lancent et éprouvent des stratégies diverses en vue d'accroître l'accès aux services de SR.

Les mécanismes de financement ne sont pas tous forcément bons. Il est parfois bon d'ajouter un nouveau mécanisme tel que les paiements effectués par les clients si c'est un moyen d'accroître la disponibilité des ressources pour la SR, ou mauvais si cela supprime la demande. Souvent, les obstacles économiques, tels que des honoraires élevés ou des frais de transport élevés, limitent l'accès aux services de santé. D'un autre côté, le fait d'exiger le paiement d'une somme minimale pour certains services de santé en matière de reproduction peut être un moyen d'accroître la demande pour de tels services. En effet, il peut arriver que des services de meilleure qualité ou un plus grand besoin pour ces services soient associés avec le paiement requis pour les obtenir.

Quant à la mise en œuvre, il faudra que les évaluateurs fassent la distinction entre la mise à l'essai d'un nouveau mécanisme, et le succès récolté par ce mécanisme lorsqu'il s'agit d'accroître les revenus sans trop diminuer la demande. La bonne volonté au niveau des organisations qui mettent à l'essai divers mécanismes de financement est le signe d'un contexte politique positif, même si en fin de compte, l'organisation n'adopte qu'un ou deux de ces mécanismes.

LE SOUTIEN À LA SR AU NIVEAU POLITIQUE ET AU NIVEAU DE LA POPULATION

Définition

Le terme de « soutien politique » renvoie aux positions adoptées par les dirigeants des gouvernements concernant la SR, tant au cours de réunions publiques que de débats politiques fermés. Ce soutien peut être présent dans les discours publics, les archives électorales, ou dans les coulisses de la politique des groupes de pression. Par « soutien de la population » on entend les prises de position par des figures de la société civile. Ce soutien est mesuré par le niveau de participation civique (à savoir, les ONG, les media, les chefs religieux et dirigeants d'organisations communautaires).

Les données nécessaires

Pour distinguer cet indicateur du précédent, **l'Existence de politiques, de plans et de directives**, les évaluateurs devraient éviter d'évaluer le soutien politique pour la SR à partir de documents officiels tels que les plans de développement nationaux. La construction de cet indicateur demande que l'évaluateur définisse au préalable un groupe de référence (par exemple, quels dirigeants du gouvernement ou quels notables, quelle couche sociale du grand public). Il faudra aussi qu'il définisse les moyens d'évaluer les opinions du groupe en question. L'indication de communiqués oraux ou écrits, ou de forums publics devrait inclure les dates, le titre/les responsabilités de la (ou des) personne(s) impliquée(s), le public visé, et les media utilisés.

Source(s) de données

Pour construire cet indicateur, les évaluateurs peuvent faire consulter diverses sources de données, depuis les archives électorales, les sondages d'opinion quantitatifs auprès de certains groupes dirigeants (tels que les parlementaires) ou du grand public, jusqu'aux entrevues auprès des informateurs clés. Les « *media scan* » pour archiver des textes (ou des cassettes audio ou vidéo) de discours officiels, d'articles de journaux, de communiqués du gouvernement, de documents officiels, ou d'autres formes d'expression publique peuvent être disponibles aussi. Mais ils sont difficiles à mettre en application

ou à interpréter. Les évaluateurs devraient éviter les informations anecdotiques ou les services de coupures de journal non-systématiques, particulièrement s'ils souhaitent mesurer le changement dans le temps.

But et questions

Cet indicateur sert à mesurer les degrés de soutien exprimés au niveau politique et au niveau de la population en ce qui concerne les services en SR par les dirigeants du gouvernement, les notables, et la société en général.

Cet indicateur est fondamentalement de nature qualitative, et donc considéré par beaucoup comme étant plutôt « mou », difficile à exprimer en termes quantitatifs et à interpréter. Même en suivant de près tous les discours et documents officiels émis par de nombreux décideurs de haut niveau, il est difficile d'évaluer de tels communiqués/déclarations. Par exemple, faut-il considérer la lecture d'un discours préparé lors d'un événement organisé par un bailleur de fonds pour l'inauguration de la Journée mondiale de la population comme étant le signe d'un soutien à la SR ? Aussi, une seule déclaration par le président d'un pays peut porter plus de poids que 100 déclarations par des officiels de moins haut niveau.

L'impact du soutien politique et de la société civile est plus important si les déclarations continuent au cours d'une longue période et si les dirigeants successifs s'engagent tous de la même manière à soutenir la SR. D'un autre côté, si les dirigeants qui se succèdent passent d'un soutien élevé à un soutien faible ou inexistant, l'impact politique de telles déclarations sera minime.

On préférera comme source de données les sondages d'opinion ou les entrevues auprès des informateurs clés, à condition que les dirigeants acceptent d'être interviewés. Il peut s'agir de parlementaires, de figures publiques ou des leaders d'opinion qui se seront fait remarquer dans le contexte d'une campagne de sensibilisation. Les évaluateurs peuvent mesurer le soutien au niveau

de la population grâce à des sondages d'opinion, déjà menés dans des pays avec les enquêtes de marketing « omnibus ».

L'expérience a montré que les « *media scan* » de déclarations publiques sont difficiles à maintenir et à interpréter.

Malgré les difficultés liées à la collecte et à l'interprétation des données, cet indicateur constitue l'un des seuls moyens disponibles d'établir si les efforts de sensibilisation pour un changement des politiques sont effectifs. L'opinion des fonctionnaires publics peut représenter une des indications les plus précoces d'un changement à venir au niveau de la position du gouvernement concernant la SR. D'un autre côté, le soutien de la société civile peut jouer un rôle de plus en plus important lorsque les gouvernements ouvrent le processus politique à une participation plus large. Une fois que les gouvernements ont promulgué des politiques favorables ou alloué des ressources budgétaires à la SR, le soutien politique et populaire continu est essentiel pour assurer la mise en œuvre des programmes.

Les évaluateurs devraient utiliser cet indicateur conjointement avec **l'Existence de politiques, de plans, de directives visant à promouvoir l'accès et/ou de la qualité des services en SR**, et les **Ressources disponibles pour la SR**. Le soutien qui devient évident à travers des actions concrètes telles que la création d'une nouvelle unité organisationnelle ou d'un nouveau programme relatif au VIH/SIDA, ou encore le financement pour un poste à la tête du programme peuvent à juste titre être considérés comme une nouvelle orientation politique (telle que celle créant une entité pour le VIH/SIDA) et comme un accroissement des ressources pour la SR (tel que le budget alloué à l'unité sur le VIH/SIDA et au salaire de la personne employée comme responsable).

Des évaluateurs ont employé cet indicateur en tant que composante de plusieurs éléments de mesure d'évaluation de programmes globaux. Ce fut le cas pour la mesure de l'Indice de l'effort du programme de planification familiale, (« *Policy Environment Score* » – PES en anglais) du projet POLICY I, et la note attribuée aux efforts des programmes de lutte contre le SIDA (Indice d'effort du programme SIDA ; « *AIDS Program Effort Index* » – API en anglais) de l'ONUSIDA (Stover, Schwartlander et Roehnstrom, 2000 ; Ross et Stover, 2001). Par exemple, la mesure de l'effort de planification

familiale de Lapham, Mauldin et Ross inclut les déclarations favorables effectuées par les dirigeants : « Si le chef du gouvernement fait des déclarations publiques et positives sur la planification familiale au moins une ou deux fois par an, et si d'autres officiels de haut niveau en font autant ». De même, l'API (qui sera présenté dans la Partie III.C) contient huit éléments, évalués de 0 à 5, sous la rubrique du « Soutien politique ». Les critiques ont soulevé des questions liées à l'analyse et à l'interprétation, telles que le traitement des différences inter-juges et de la mesure du changement à travers le temps (par exemple, la comparaison d'indices établis à divers moments dans le temps comparés aux indices établis de façon rétrospective).

LA PARTICIPATION DANS LE PROCESSUS DE FORMULATION DES POLITIQUES EN SR

Définition

De nature qualitative, cet indicateur mesure le *nombre et l'ampleur* de différentes organisations participant au processus de formulation des politiques, qu'elles soient gouvernementales, non gouvernementales, du secteur commercial, de nature religieuse et/ou communautaire. Il mesure aussi la nature de leur participation. Les mécanismes de cette participation peuvent inclure des audiences publiques, des commissions multisectorielles ou consultatives, et la nomination de représentants de la société civile aux entités officielles de prise de décision (USAID, 1998).

Les données nécessaires

Évidence de la participation d'individus et d'organismes impliqués dans le processus de formulation des politiques, avec des données sur la nature de leur implication.

Source(s) de données

Les ordres du jour de réunions et les fiches de présence, les débats lors des groupes de discussion dirigés et/ou des entrevues auprès des informateurs clés.

But et questions

Ce nouvel indicateur dans le domaine de la SR reflète l'expérience acquise au cours des dix dernières années, depuis la CIPD jusqu'à la décentralisation et à la mobilisation au niveau national des réponses à l'épidémie du VIH/SIDA. Ceci va pour montrer clairement que les politiques en matière de SR transcendent les décisions prises au niveau central, voire le secteur de la santé lui-même.

Pour répondre à ces besoins plus vastes, il faut que les gouvernements « ouvrent » le processus de formulation des politiques aux personnes qui sont d'habitude exclues de la prise de décision. Il leur faut inclure ces personnes en tant que participants actifs plutôt que comme bénéficiaires passifs.

Cet indicateur offre une reconnaissance explicite des liens entre les politiques en matière de SR et des questions générales liées à la gouvernance démocratique. Du point de vue de la gouvernance, une participation étendue au processus de formulation des politiques est un avantage en soi. Cependant, la participation à elle seule ne constitue pas une garantie de politiques meilleures que celles promulguées à travers un processus fermé. Toutefois, cette hypothèse reste à vérifier.

Pour qu'il y ait participation, il faut que les institutions publiques soient réceptives à une implication étendue au niveau de toutes les phases du processus politique, y compris la formulation, la mise en œuvre et le suivi. Et pour que cette implication puisse avoir lieu, des mécanismes doivent être en place favorisant l'échange d'informations et de points de vue au sujet de questions essentielles (USAID, 1998).

Le but de cet indicateur est d'évaluer dans quelle mesure les diverses organisations (publiques, privées, communautaires, religieuses et autres) sont impliquées dans le processus de formulation des politiques en matière de SR. Cet indicateur s'appuie sur la supposition que plus les organisations impliquées sont diverses et nombreuses, plus les possibilités pour elles d'offrir une contribution importante, alors plus la politique reflètera les besoins de la population.

Une des limites de cet indicateur se trouve dans son caractère multidimensionnel, avec le nombre d'acteurs différents, l'étendue de la représentation organisationnelle et le niveau d'implication. Les évaluateurs pourront avoir des difficultés à vérifier le niveau « d'implication » des divers acteurs. Lors de la collecte de données, il faudra rechercher des informations concernant le niveau de participation au processus de formulation de la politique en question, l'implication dans le travail ou les débats ayant mené à l'élaboration du document, et la contribution effectuée avant que l'ébauche du document soit entreprise.

Étant donnée l'envergure de cet indicateur, lors de sa mise en application, on se concentrera sur un seul facteur, tel que le nombre de participants institutionnels ou le nombre de participants des différents secteurs participant. Les évaluateurs pourront demander aux participants d'évaluer leur niveau d'implication (par exemple, sur une échelle allant de l'engagement actif au niveau de la définition du problème et de la formulation d'une politique, au fait d'être simplement invité à un atelier de dissémination relié à une politique). Ils pourront aussi leur demander d'évaluer dans quelle mesure ils ont eu le sentiment que leurs opinions étaient sollicitées et prises en compte. Les évaluateurs pourront concevoir une mesure descriptive composée. Il s'agira d'une combinaison des trois dimensions (le nombre d'acteurs, l'étendue de la représentation et le niveau d'implication), et ils pourront ensuite faire le suivi à la fois des composantes et du score obtenu avec la mesure composée.

Cet indicateur et la question du genre

A travers une perspective liée au genre sur la participation, on examine le processus de développement des plans :

- Quel pourcentage d'hommes et de femmes ont contribué à l'élaboration du projet initial ? Quelles organisations ou couches sociales représentaient-ils (ou elles) ?
- Est-ce que les bénéficiaires prévus, y compris les organisations de femmes, ont pu passer en revue les plans ?

LE NOMBRE DE RÉSEAUX OU DE COALITIONS D'ONG TRAVAILLANT DANS LE DOMAINE DE LA SR

Définition

Cet indicateur est basé sur l'hypothèse que les nombres sont très influents. En d'autres termes, plus il y a d'organisations qui se réunissent et parlent d'une même voix en faveur de la SR, plus la transmission de leur message sera efficace. Plus leur institution est stable, plus elles seront à même d'être entendues et de défendre efficacement les questions de SR. Les évaluateurs pourront utiliser cet indicateur conjointement avec le **Soutien à la SR au niveau politique et au niveau de la population.**

Dans cette section, les termes de « réseau » et de « coalition » sont utilisés de façon interchangeable et ils renvoient aux groupes d'organisations et d'individus travaillant ensemble dans le but d'atteindre des changements au niveau des politiques, des lois ou des programmes concernant une question particulière (POLICY, 1999).

L'indicateur évalue le statut de réseaux ou de coalitions d'ONG travaillant pour le soutien de la SR. On y inclut trois paramètres : la formation, l'accroissement et le renforcement. Selon les conditions de base présentes, quelques uns, ou bien tous, pourront constituer des indicateurs distincts.

- Le nombre de réseaux ou de coalitions d'ONG ayant des réunions régulières et travaillant au soutien de la SR ;
- Le nombre d'organisations membres et/ou d'individus apparentant aux réseaux ou aux coalitions d'ONG ; et
- La durabilité des réseaux ou coalitions d'ONG travaillant au soutien de la SR.

Les données nécessaires

La mise en évidence du statut et du fonctionnement de réseau fondée sur des critères prédéterminés (le nombre de membres, les activités, le niveau de durabilité).

Source(s) de données

On regardera les listes de membres des réseaux ou des coalitions, les systèmes d'information financière, les comptes-rendus de réunion et les évaluations externes de la durabilité.

But et questions

La gouvernance démocratique signifie qu'il y a participation populaire, y compris celle des groupes sociaux défavorisés, à la fois au niveau de la formulation publique d'une politique et de sa mise en application. Par la promotion et la protection des droits humains, les organisations de la société civile (OSC) s'assurent que les citoyens aient les moyens d'exprimer leurs préférences, d'entamer un dialogue avec les responsables politiques, et qu'ils aient une influence sur les décisions relatives aux politiques publiques. Une fois que les gouvernements ont mis en place des politiques, les OSC jouent le rôle de gardiens de la performance étatique. Elles exigent en effet que les gouvernements soient tenus responsables de l'allocation et de la gestion des ressources publiques.

Pour qu'elles puissent intervenir de façon efficace dans le processus politique, les OSC doivent développer ou fortifier leurs propres moyens de sensibilisation. De telles compétences vont de la simple collecte d'informations sur le sujet en question à d'autres tâches telles que l'obtention ou l'allocation de ressources humaines et financières aux fonctions de sensibilisation, la formation de coalitions et de réseaux, l'action en vue d'influencer les politiques, et le suivi de la mise en œuvre une fois qu'une décision a été prise au niveau politique.

LE CARACTÈRE ADÉQUAT DU PROCESSUS DE PLANIFICATION DES POLITIQUES

Définition

Cet indicateur mesure le processus à travers lequel les politiques, plans, directives ou programmes ont été formulés, élaborés ou réformés, indépendamment des documents eux-mêmes. On emploie une échelle de notation qui rassemble un certain nombre de paramètres en une liste de contrôle que l'on adapte à la situation de chaque pays (POLICY, 2001).

Les évaluateurs analysent le caractère adéquat du processus de planification politique à partir de trois critères :

1. Qui participe au processus de planification ? Est-ce qu'il
 - Implique le(s) représentant(s) de plusieurs secteurs, à savoir, public, commercial et le secteur ONG ; les bailleurs de fonds ; les dirigeants communautaires ou de mouvements de base ; des groupes représentant des intérêts spécifiques (les mouvements de jeunes, de femmes et de défense des droits humains).
2. Est-ce que les décideurs politiques utilisent des informations empiriques au cours du processus de planification ; plus précisément, est-ce qu'ils
 - Incluent une évaluation des besoins fondée sur des données ;
 - Identifient les problèmes en les organisant par ordre de priorité ;
 - Tiennent compte de stratégies alternatives pour faire face aux problèmes identifiés ;
 - Élaborent des stratégies de mise en œuvre.
3. Les évaluateurs peuvent facilement reconnaître si une nouvelle politique élimine les obstacles. Est-ce que le document relatif à la politique précise les aspects opérationnels du programme, en ce qu'il
 - Contient le développement d'un plan d'action détaillé (avec les rôles et responsabilités) ;
 - Contient une évaluation des besoins en ressources et de leur disponibilité (financières, humaines, matérielles)

- Existe dans le moyen à long terme (au moins un an) ; et
- Met en place des procédures pour le suivi et l'évaluation.

Les données nécessaires

Il faut les résultats du questionnaire relatif à la liste de contrôle sur la planification ou d'autres évaluations de type qualitatif analogues.

Source(s) de données

Des formulaires de notation ou des listes de contrôle (telles que celles présentées dans le tableau II.B.1). Les évaluateurs rassemblent leurs informations à partir d'entrevues auprès des informateurs clés ; si l'organisation en question maintient des archives écrites, les évaluateurs pourront étudier les comptes-rendus ou les rapports.

But et questions

Par planification, on entend aussi la coordination de tous les aspects de l'élaboration des politiques et programmes relatifs à la SR. Cet indicateur englobe les processus politiques et la prise de décision, tant dans le secteur public que privé. L'approvisionnement au sens large (« *buy-in* » en anglais) et le sens d'appropriation pourront contribuer autant au succès d'un programme que les aspects techniques sur lesquels les décisions sont fondées. Ainsi, le premier ensemble de critères servant à assurer une planification adéquate a affaire à la participation dans le processus de planification. Le second ensemble de critères estimera dans quelle mesure les décideurs politiques utilisent des informations empiriques pour comprendre quels sont les besoins en matière de SR au sein de la population et les compromis à faire parmi les interventions possibles. Le troisième ensemble de critères concerne les aspects opérationnels du programme, depuis la sélection du personnel et les plans d'activité jusqu'au suivi et à l'évaluation.

La liste de contrôle, à titre d'illustration, identifie les principes de base d'une bonne planification telle que présentée dans les écrits sur la planification stratégique. Les évaluateurs pourront utiliser cette liste de contrôle dans la définition de critères a priori adaptés aux aspects précis de la planification que le projet cherche à améliorer.

Cet indicateur est encore au stade « expérimental », en ce sens que les évaluateurs ne l'ont pas utilisé de façon régulière dans le travail lié aux politiques. Cependant, dans la mesure où l'assistance s'applique à l'amélioration du processus de planification ainsi qu'au contenu des politiques elles-mêmes et des plans, cet indicateur apporte une mesure intermédiaire des progrès effectués avant l'adoption du plan définitif.

Cet indicateur et la question du genre :

Une perspective du point de vue du genre sur le processus de planification étudie le processus d'élaboration de plans.

- Quel pourcentage de femmes et d'hommes ont contribué à écrire le premier avant-projet ? Quelles organisations et/ou couches sociales représentaient-ils ?
- Est-ce que les bénéficiaires visés, y compris les groupes de femmes, ont passé en revue le plan ?

Tableau II.B.1 Liste de contrôle pour la planification

Les personnes impliquées dans le processus de planification – le personnel concerné, les conseillers externes (consultants) et autres personnes concernées – utilisent ce type de liste de contrôle pour effectuer une évaluation de base et identifier les points faibles existants du processus de planification. Au cours de l'évaluation, ce groupe pourra identifier et ajouter des domaines supplémentaires qui « amélioreront la planification ». Pour conclure le processus de planification, ou conjointement avec l'achèvement du plan, le même groupe d'employés, de conseillers et autres personnes concernées repasseront en revue la liste de contrôle. En comparant les résultats de la liste de contrôle à l'évaluation de base, il sera possible d'identifier des domaines précis nécessitant une amélioration. Dans le but de réclamer les résultats liés à une « meilleure planification », le gérant/directeur au niveau de pays rédigera une description montrant de quelle manière la planification s'est améliorée et la remettra accompagnée de l'évaluation de base, de la liste de contrôle remplie et d'une copie du plan créé.

Pays :

Date :

Décrivez la nature du plan qui va être élaboré :

Le processus de planification :

- A impliqué matériellement de(s) représentant(s) venant de [nombre] des groupes suivants : les secteurs publics, commerciaux et les ONG; les bailleurs de fonds; les dirigeants communautaires ou de mouvements de base; des groupes d'intérêt particuliers (organisations de jeunes, de femmes et de défense des droits humains).
- A inclus une évaluation des besoins fondée sur les données
- A identifié les problèmes et les a organisés par ordre de priorité
- A tenu compte de stratégies alternatives pour faire face aux problèmes identifiés
- A élaboré des stratégies pour la mise en oeuvre
- A inclus l'élaboration d'un plan d'action détaillé (y compris les rôles et responsabilités)
- A inclus une évaluation des besoins en ressources et de leur disponibilité

Financières : (préciser) _____

Humaines : (préciser) _____

Matérielles : (préciser) _____

- A inclus les objectifs à moyen et à long terme
- A établi des procédures pour le suivi et l'évaluation

Nom de la personne :

Partie II.C

La Gestion

- L'existence d'une mission claire et stratégique
- La capacité d'adaptation d'une stratégie
- La capacité d'atteindre les objectifs annuels
- La disponibilité d'une structure organisationnelle logique et clairement définie
- Le nombre/la proportion d'employés dont la performance a été évaluée selon les normes de performance de la gestion
- Le pourcentage de postes clés pourvus
- Le taux de renouvellement du personnel
- La disponibilité et l'utilisation d'un système de planification cohérent
- La qualité des plans stratégiques et opérationnels
- Le nombre/la proportion d'unités organisationnelles/de programme utilisant les données de façon systématique pour faire le suivi de la performance
- Le nombre/la proportion d'unités de rapport qui remettent un rapport SIG de routine complet à temps
- Le pourcentage d'éléments relatifs aux données rapportées correctement dans les rapports SIG
- L'institutionnalisation d'un système d'assurance de la qualité
- L'existence de budget(s) relié(s) au(x) plan(s) opérationnel(s)
- L'efficacité des systèmes de gestion financière
- Le pourcentage du revenu annuel issu de sources diverses

Un leadership solide et une bonne gestion sont des éléments essentiels au bon développement d'une organisation, à son niveau de performance, et à sa durabilité. C'est à cause de *ce qu'elle fait* (un engagement partagé pour accomplir quelque chose utile et important) et de *comment elle le fait* (son fonctionnement, la manière dont les décisions sont prises, comment elle évalue, adapte, et délègue) qu'une organisation réussit. De la même manière, une bonne direction et une bonne gestion sont essentielles aux programmes de SR et à l'atteinte des objectifs nationaux en SR. Une performance organisationnelle efficace et efficiente est d'importance cruciale face aux défis modernes dans le domaine de la santé publique (tels que le SIDA, la tuberculose), aux réformes du secteur de la santé (telles que la décentralisation, l'intégration, le financement), et aux besoins et souhaits d'un nombre croissant de clients dans le domaine de la santé de la reproduction issus de groupes généralement sous-représentés (les adolescents, les populations rurales et indigènes, les hommes). Le but de la gestion et du leadership est de favoriser et de soutenir la performance des employés et de l'organisation, ainsi que la performance du programme dans son ensemble dans la prestation des services en SR.¹

Par une direction et une gestion efficaces, on entend une suite de fonctions essentielles, de dimensions ou d'éléments sous-jacents. Les fonctions de gestion et de direction sont menées *de façon simultanée*, quotidiennement, par *plusieurs* individus et à *plusieurs* niveaux d'une organisation, et non seulement par le personnel dirigeant.²

Il arrive souvent que les « limites » entre la gestion et le leadership de domaines fonctionnels de la prestation de services en SR dont il est question dans la deuxième partie

¹ Cette section du *Compendium* se concentre donc sur les organisations qui mettent en œuvre des programmes, plutôt que sur les programmes eux-mêmes. Ainsi, « organisation/programme » est souvent employé pour signifier que l'indicateur s'applique soit aux organisations, soit aux programmes.

² Récemment, MSH a élaboré un cadre de travail décrivant les fonctions essentielles liées à la gestion et à la direction à tous les niveaux d'une organisation (2001).

de ce *Compendium*, se recourent. Cela vient de ce que les fonctions de gestion ou de direction recouvrent chacun des autres domaines. En d'autres termes, la réussite (ou l'échec) et la performance d'une organisation ou d'un programme dans tous les domaines traités peut être imputable, du moins partiellement, à la force ou à la faiblesse inhérente de son mode de gestion et de leadership. Par exemple, le fait que les gestionnaires reconnaissent l'importance du système et de l'allocation des ressources pour sa mise en application est, de bien de façons, un facteur déterminant de la performance dans le domaine de la CCC ou de la gestion des produits et de la logistique.

Les facteurs qui déterminent de quelle manière une organisation accomplit son travail ou atteint ses objectifs incluent les suivants : l'efficacité des individus à tous les niveaux de l'organisation et la manière dont ils fonctionnent, les systèmes de gestion qui sous-tendent leur travail, la culture de l'organisation, et le niveau d'adéquation des ressources humaines et financières.

Idéalement, lorsqu'il s'agit d'évaluer la gestion et le leadership dans leur ensemble, il faudrait garder une vision large de l'organisation et de la façon dont elle évolue dans le temps. En se développant, les organisations évoluent selon un continuum de développement de la gestion. On y distingue quatre étapes de développement.³ Au cours de la première étape, une organisation commence à développer une composante particulière de gestion. Au moment d'arriver à la quatrième étape, une organisation fonctionne de manière extrêmement efficace en ce qui concerne la composante de gestion.⁴ Les organisations (et

³ Dans la littérature sur le développement des organisations, les quatre étapes sont : 1) le stade émergent/initial; 2) le lancement ; 3) la consolidation; et 4) la maturation.

⁴ Le matériel présenté dans cette section est inspiré principalement de MSH et de ses travaux liés aux projets de formation pour la gestion de la planification familiale et de développement de la gestion de la planification familiale (1985-1990, 1990-1995, 1995-2000, respectivement) ainsi que de l'actuel programme de gestion et de leadership (« *Management and Leadership* », 2000-2005).

les programmes qu'elles soutiennent) passent à travers ces étapes à des rythmes différents et parviennent au point où elles ont une mission claire, des structures et des systèmes de gestion solides, et des dirigeants, gestionnaires et employés qualifiés pouvant faire un usage efficace de ces structures et systèmes.

Les systèmes ou les capacités de gestion au sein d'une seule organisation se situent souvent à différentes étapes de son développement. En effet, certains systèmes de gestion recevront plus d'attention que d'autres au fur et à mesure que l'organisation se développe. Par exemple, les bailleurs de fonds et l'organisation elle-même vont porter leur attention sur la mise en place d'un système et de pratiques de gestion financière saines avant de se concentrer sur le développement d'un système de gestion des ressources humaines. Dans un tel cas, le système de gestion financière sera à un stade plus avancé de son développement que le sera le système de gestion des ressources humaines.

La performance organisationnelle – ce qu'une organisation fait et comment elle le fait – contient toujours un élément relatif à la satisfaction du client. Une organisation est évaluée en fonction des buts et objectifs qu'elle a mis en place, tels que l'accroissement de l'accès aux services afin d'atteindre une partie plus diversifiée de la population, l'amélioration de la qualité et de la satisfaction des clients, l'accroissement ou la diversification des sources de revenu, la diminution des coûts, ou encore l'influence exercée sur la politique nationale en matière de SR. Il faudrait donc que les évaluateurs définissent des mesures ou des indicateurs en rapport avec les objectifs spécifiques mis en place par l'organisation à court et à long terme. Beaucoup de ces indicateurs sont présentés dans d'autres sections de ce *Compendium*.

En ce qui concerne la gestion des programmes en SR, il y a deux approches distinctes. Suivant la première approche, il s'agit d'utiliser un ensemble standard de critères sur la base de normes nationales ou internationales. Certaines organisations dans des pays en voie de développement cherchent à obtenir une certification, l'Organisation internationale de normalisation (ISO), par exemple. D'autres rechercheront l'accréditation fondée sur des normes nationales. Suivant la deuxième approche, il s'agit d'élaborer, en collaboration avec l'organisation, des indicateurs pour chaque domaine et composante de la gestion. Ceci ferait partie d'un exercice pour le survol et le renforcement des systèmes de gestion. Il faut, pour suivre cette approche, effectuer une évaluation

pour déterminer à quel stade de développement se trouve l'organisation au départ. De cette manière, les gestionnaires de programme et les évaluateurs peuvent élaborer des normes selon lesquelles la performance organisationnelle sera mesurée qui sont adaptées au niveau de développement de l'organisation ainsi qu'au contexte particulier dans lequel elle évolue et offre des services en SR. Les indicateurs présentés dans ce chapitre du *Compendium* sont tirés de l'expérience réelle de conception d'évaluations de programmes en SR dans des pays en voie de développement, plutôt qu'à partir de normes rigides appliquées aux organisations de soins de santé.⁵

Les défis méthodologiques de l'évaluation de la gestion et du leadership

- **L'autoévaluation de la performance suscite un sens de la responsabilité mais pourra manquer d'objectivité.**

Les organisations pourront évaluer leur propre performance à travers la participation, en impliquant leur personnel issu de tous les niveaux, y compris les membres du comité. Elles pourront ce faire avec l'aide d'un animateur externe ou d'un facilitateur interne très compétent. L'autoévaluation est en général moins coûteuse et prends moins de temps qu'une évaluation externe. Surtout, elle permet le développement d'un sentiment de responsabilité à l'échelle de l'organisation entière en ce qui concerne les conclusions et d'un engagement à agir. En effet, elle s'appuie sur les qualités existantes, et fait face aux faiblesses les plus importantes reconnues par le personnel.

Toutefois, sauf si l'évaluateur interne parvient à obtenir des données solides en vue de vérifier les conclusions, il peut arriver que l'autoévaluation soit subjective. Ceci ferait partie du processus d'évaluation. De plus, l'autoévaluation nécessite un travail minutieux et approfondi d'élaboration d'un consensus parmi les membres du personnel impliqués. En revanche, une évaluation externe pourra être plus objective, du fait qu'elle s'appuie fortement sur l'étude des documents de l'organisation en plus d'entrevues auprès de membres du personnel à tous les niveaux de l'organisation. Cependant, une évaluation externe pourra aussi exiger beaucoup de temps et de ressources. Ainsi, à moins

⁵ Voir, par exemple, Baldrige, *Health Care Criteria for Performance Excellence*, 2001.

que la conception et la mise en œuvre de l'évaluation n'aient été soigneusement menées, il se pourra que l'organisation n'accepte pas les conclusions, ou ne s'y conforme pas.

Tout au long de cette section du *Compendium*, il faudra interpréter le terme « évaluateur » au sens large. Il inclut autant les membres du personnel de l'organisation chargés des évaluations internes (on s'y réfère aussi par le terme « facilitateurs/animateurs ») que les personnes extérieures à l'organisation.

- **Les signes d'un lien de causalité entre la gestion et les effets restent difficiles à définir.**

Il est difficile pour les chercheurs de définir de façon probante un **lien de causalité** entre les indicateurs liés à la gestion/la direction d'un programme et la performance elle-même dans le contexte de pays en voie de développement. Par exemple, il reste encore à prouver, par des recherches dans des pays en voie de développement, que les interventions liées aux ressources humaines (telle que la formation en direction/leadership) mènent à de meilleurs résultats dans l'atteinte des objectifs de l'organisation. Il y a de nombreuses variables intermédiaires entre le développement humain et les résultats finaux (par exemple, un changement au niveau des conditions internes et externes, au niveau du marché) qui rendent ces liens difficiles à confirmer. Les liens entre les interventions de gestion et les effets au niveau de l'organisation ne sont pas clairement définis dans la recherche sur le secteur public, particulièrement sur les services de santé. D'après James Buchan, un chercheur spécialisé sur le personnel des services de santé de la Queen Margaret University College au Royaume-Uni, « Les preuves fondées sur les ressources humaines se trouvent principalement aux États-Unis, mais il existe peu d'études avec des détails concernant la qualité/les effets et/ou les coûts ... Les études sont principalement de nature descriptive, faibles du point de vue méthodologique, et ne peuvent être ni transposables ni généralisables » (Buchan, 2001).

Le plan de cette section

Cette section est organisée selon un format un peu différent des autres sections de ce *Compendium*. Plus précisément, on y présente les secteurs clés de la gestion et du leadership. Les indicateurs décrivent les caractéristiques d'un système qui fonctionne bien, que ce soit dans une organisation publique, privée ou du secteur ONG. Les indicateurs relatifs à la gestion

mesurent en général les progrès effectués dans l'usage d'un système, l'efficacité des individus utilisant ce système, ou la performance du système. Il est à noter cependant que certains indicateurs sont exprimés en termes de présence ou d'absence d'une composante clé d'un système ou d'une fonction.

Par exemple, il peut arriver que le système de génération des revenus d'une organisation fonctionne parfaitement bien lorsqu'il est mesuré par rapport aux composantes établies d'un bon système de création de revenus. Pourtant, l'organisation aura des difficultés liées à la viabilité si le contexte politique ou économique est particulièrement défavorable à la création de nouvelles sources de revenu. De même, il peut arriver qu'une organisation ait un système de gestion des ressources humaines très solide, mais que le niveau de renouvellement du personnel y soit élevé, à cause de facteurs environnementaux entièrement en dehors de leur contrôle.

Les indicateurs contenus dans cette section portent sur les quatre éléments généraux de la gestion présents dans toutes les organisations : la mission, la stratégie, la structure, et les systèmes. (MSH, 1999a).

- **La mission**

La mission est un énoncé des objectifs qui définit les valeurs guidant l'organisation ou le programme et qui apporte du sens et de la cohérence à ses actions. La mission répond à la question : « *Que fait l'organisation et pourquoi ?* »

- **La stratégie**

Les stratégies organisationnelles sont les approches choisies par les organisations et les programmes dans le but de définir les activités permettant l'accomplissement de la mission. La stratégie répond à la question, « *Comment l'organisation se rendra-t-elle là où elle veut se rendre ?* » Les stratégies organisationnelles devraient aider à établir les priorités et l'orientation du travail de l'organisation. Elles devraient être en accord avec sa mission et être une réponse aux exigences des clients desservis et au marché potentiel de l'organisation (les clients qu'elle souhaiterait atteindre).

- **La structure**

La structure renvoie aux rôles et responsabilités, aux lignes d'autorité, et à la répartition des responsabilités, en accord avec la mission et la stratégie. La structure répond à la question, « *Dans quel cadre et dans quelle structure de prise de décisions l'organisation opère-t-elle ?* » Une structure bien définie incite à l'initiative individuelle et d'équipe ou de groupe. Elle permet aussi au personnel d'y voir plus clair en ce qui concerne le pouvoir de prise de décision.

- **Les systèmes**

Les systèmes sont des domaines interdépendants de la gestion au sein d'une organisation qui la permet de fonctionner. Les systèmes organisationnels répondent à la question : « *Comment l'organisation mène-t-elle ses activités ?* » Parmi les systèmes clés pour les organisations et programmes sanitaires on trouve la gestion des ressources humaines, la planification organisationnelle, les systèmes d'information, l'assurance de la qualité, la gestion financière, la gestion des revenus et la gestion des stocks. Ces systèmes clés sont représentés dans l'encadré II.C.1.

Encadré II.C.1 Les systèmes clés pour les organisations et programmes œuvrant dans le domaine de la santé

- **La gestion des ressources humaines**

Par gestion des ressources humaines (GRH) on entend l'usage intégré de systèmes, politiques et pratiques de gestion pour recruter, maintenir et développer des employés, dans le but d'atteindre les objectifs souhaités pour l'organisation. La gestion efficace des ressources humaines soutient les employés dans leur effort pour effectuer un travail qui ait un sens pour eux et leur apporte satisfaction, et qui en même temps aide l'organisation à améliorer son niveau de performance et à accroître son influence (FPMD, 1999).⁶

- **La planification**

La planification est un processus systématique servant à examiner, modifier et mettre en place les éléments clés de la mission d'une organisation, sa stratégie, sa structure, ses systèmes et ses activités de programme à la lumière des changements au niveau des conditions internes et externes. La planification est une composante essentielle pour assurer la viabilité. Les systèmes de planification recouvrent à la fois la planification annuelle et celle à long terme servant à promouvoir la mission, la stratégie et les objectifs de l'organisation.⁷

- **Les systèmes d'information de gestion**

Un système d'information de gestion est un ensemble d'éléments et de procédures agencés de manière à produire des informations susceptibles d'améliorer les décisions relatives à la gestion des services de santé à tous les niveaux du système ou de l'organisation œuvrant dans le domaine de la santé. Le SIG est une source de données importante lors du calcul des indicateurs concernant l'utilisation des services, le niveau de couverture et la performance en général ; un SIG complet contient des sous-systèmes relatifs aux domaines de la gestion, tels que les ressources humaines, la gestion logistique, la surveillance épidémiologique, les finances et le suivi du plan de travail.

⁶ Certains indicateurs inscrits sous la rubrique GRH sont reliés aussi à l'Amélioration de la performance (AP), dans ce *Compendium*, et peuvent donc y être trouvés (voir l'annexe C).

⁷ Les capacités en matière de planification financière sont traitées dans la section concernant l'indicateur intitulé **Efficacité des systèmes de gestion financière**.

- **La garantie de la qualité**

Un système de garantie de la qualité (GQ) permet de contrôler et d'améliorer l'efficacité des services et la satisfaction du client. La GQ met l'accent sur un processus d'amélioration constante au niveau des opérations. De ce fait, un engagement organisationnel à long terme et un travail en équipe sont de rigueur (FPMD, 1993). On trouve de nombreux éléments définissant un système de garantie de la qualité de haut niveau imbriqués dans d'autres systèmes de gestion.

- **La gestion financière**

Le système de gestion financière, permet de recueillir, d'enregistrer et de rapporter les données relatives à la situation financière d'une organisation. Ce système fournit des informations en mesure d'aider les gestionnaires des finances et de programme, ainsi que les cadres de haut niveau, à prendre des décisions concernant l'allocation des ressources.

- **La gestion des revenus**

Par gestion des revenus on entend la planification en vue de créer des revenus et de diversifier des sources de financement à travers le développement d'un groupe d'appui au niveau des clients et des bailleurs de fonds (actuels et potentiels). D'ordinaire, les organisations réussissent mieux dans ce domaine si elles bénéficient de sources de financement multiples (par exemple, des bailleurs de fonds, du gouvernement, des co-paiements, de la communauté locale, de la vente de services ou de produits).

- **La gestion des stocks (la logistique)**

Sans un système fonctionnel de gestion des stocks, une organisation ne peut pas offrir à ses clients des services de qualité en santé de la reproduction. La section E de la deuxième partie de ce *Compendium*, concernant les produits et la logistique, fournit une liste détaillée d'indicateurs pour la gestion de la logistique. On réfèrera aussi les lecteurs au chapitre 35 de *Managing Drug Supply* (« La gestion des stocks de médicaments ») (MSH, 1999b) pour des indicateurs supplémentaires concernant la qualité des soins cliniques. Ces indicateurs incluent le nombre moyen de médicaments par patient, le pourcentage de patients recevant des antibiotiques et le pourcentage de prestataires prescrivant des médicaments génériques.

L'EXISTENCE D'UNE MISSION CLAIRE ET STRATÉGIQUE**Définition**

L'existence d'une mission, à savoir, l'expression écrite du but d'une organisation, de sa raison d'être en général.

On considère qu'une mission est claire et stratégique si :

- Elle propose une définition du but de l'organisation ou du programme ;
- Elle désigne la clientèle visée par le programme ou l'organisation ;
- Elle sert à guider la planification stratégique ; et
- Elle est revue à intervalles réguliers de sorte qu'elle continue d'apporter une vision pour l'avenir et de refléter les valeurs et les objectifs fondamentaux de l'organisation ou du programme.

Les données nécessaires

L'existence d'une mission sous forme écrite ; d'autres informations concernant la mission de l'organisation.

Source(s) de données

Les documents relatifs à l'organisation ou au programme, y compris les plans, les documents pour les nouveaux employés, les manuels et déclarations de politique générale, et des documents pour le marketing.

But et questions

Cet indicateur est une mesure récapitulative de l'existence d'une direction clairement définie sous la forme d'une mission écrite. Le fait qu'une mission clairement définie soit bien disséminée au sein de l'organisation permet une meilleure définition des stratégies et priorités, fondée sur les besoins des clientes actuelles et potentielles. Certes, même sans une mission formelle, un programme ou une organisation pourra fonctionner de façon très efficace. Une mission jouera pourtant un rôle important, en ce qu'elle aide la direction et le personnel à se concentrer sur les objectifs à long terme.

Même si la mission d'origine d'une organisation ne change pas pour longtemps, il faut que le langage utilisé dans la mission exprime clairement un sens et une priorité pour les activités et stratégies de l'organisation.

On peut exprimer cet indicateur en termes quantitatifs sur une échelle allant de 0 à 5, comme suit :

0	Pas de mission
1	Il existe une mission, mais elle n'est pas conforme aux critères définis ci-dessus
2	Il existe une mission et elle n'est conforme qu'à un des critères définis ci-dessus
3	Il existe une mission et elle est conforme à 2 des critères définis ci-dessus
4	Il existe une mission et elle est conforme à 3 des critères définis ci-dessus
5	Il existe une mission et elle est conforme à tous les 4 critères définis ci-dessus

LA CAPACITÉ D'ADAPTATION D'UNE STRATÉGIE

Définition

La correspondance entre la stratégie d'une organisation, sa mission et les besoins des parties concernées.

Une stratégie est un plan à long terme qu'une organisation applique dans le but d'atteindre ses objectifs, grâce à une suite d'activités, de contributions et de résultats. Le terme de « capacité d'adaptation » signifie que la stratégie est en accord avec la mission de l'organisation et les besoins de la clientèle (présente et potentielle), dans le contexte politique et de la prestation de services.

Les données nécessaires

L'existence d'une stratégie écrite, de la qualité de la stratégie (son accord avec la mission et les résultats d'une évaluation des besoins des utilisateurs, etc.) ; l'existence d'une analyse des conditions du marché et des besoins.

Source(s) de données

Une évaluation du plan stratégique ou des documents relatifs à la stratégie, ainsi qu'une évaluation des besoins et une analyse de la concurrence ; des entrevues auprès du personnel clé (par exemple, les gestionnaires).

Note : l'encadré suivant indique les critères à utiliser pour calculer le score de cet indicateur.

But et questions

Une stratégie organisationnelle devrait établir les priorités et une direction pour le travail à effectuer, en accord avec la mission, et devrait correspondre aux exigences de la clientèle desservie et au marché visé par l'organisation. Une stratégie clairement définie délimite de façon claire et constante la logique menant des activités aux effets.

De plus, il faut que la stratégie mette en évidence l'ouverture et la capacité de s'adapter à la clientèle, à la communauté, aux bailleurs de fonds et aux potentiels marchés nouveaux. L'échelle suivante, sur 4 points, s'est avérée utile pour la mesure de cet indicateur au niveau des organisations et programmes œuvrant dans le domaine de la santé de la reproduction.⁸

⁸ Voir : *Un outil de gestion et de support organisationnel (MOST)*, MSH 1999a.

Éléments de description	Score
Les stratégies organisationnelles sont formulées en se souciant peu du point de vue de la clientèle et des exigences du marché (la communauté en général).	1
Les points de vue des clients et de la communauté sont examinés lors de la formulation des stratégies organisationnelles, mais ces facteurs ne sont pas évalués de façon systématique (par exemple, pas d'études de marché, pas d'entrevues auprès de la clientèle). Aucun mécanisme n'est en place permettant la participation de la communauté ou des clients dans la formulation des stratégies. Il n'existe aucune analyse des services concurrents.	2
Les besoins et souhaits de la clientèle ont été examinés, et des marchés en vue de pourvoir des services et des produits plus étendus et communautaire ont été définis. Ces évaluations individuelles sont employées à plusieurs reprises dans le temps afin d'orienter l'élaboration des stratégies. La communauté ou les clientes ne participent à la formulation des stratégies organisationnelles que de façon sporadique. L'analyse des services offerts par la concurrence n'est menée que de façon sporadique.	3
Les besoins et les souhaits de la clientèle et les exigences au niveau de la communauté sont souvent réévalués dans le but d'identifier tout changement pouvant se produire dans le temps et de fournir le point de départ à l'élaboration des stratégies organisationnelles. Les clientes et la communauté sont impliquées de façon systématique dans la formulation des stratégies organisationnelles. Il existe un mécanisme servant à l'analyse régulière des services offerts par la concurrence.	4

LA CAPACITÉ D'ATTEINDRE LES OBJECTIFS ANNUELS**Définition**

Au début de la période de planification annuelle, les programmes ou les organisations se fixent des objectifs pour l'année, et ils les consignent dans un plan opérationnel annuel. Les objectifs annuels devraient clairement établir un lien avec les objectifs stratégiques généraux et réalisables dans le cadre d'une année. Les objectifs annuels pourront contenir des résultats quantifiables (tels que le nombre de clients atteints du VIH ayant reçu des conseils). Ils pourront aussi contenir des effets de niveau plus élevé impliquant un changement de comportement ou de procédure (par exemple, de nouvelles manières d'accéder à des sources de financement, ou de meilleures techniques de suivi).

Le facilitateur (évaluateur) assigne une note (un score) de 0 à 3 à chaque objectif, comme suit :

Objectif	Note
Il n'y a pas d'objectif	0
Les objectifs ne sont atteints que partiellement	1
Les objectifs sont atteints	2
Les objectifs sont dépassés	3

Cet indicateur est calculé en faisant la moyenne des scores pour chacun des trois objectifs.

Les données nécessaires

La liste de tous les objectifs de planification annuelle ; les scores obtenus pour chacun des objectifs.

Source(s) de données

Le document relatif à la planification annuelle ; les documents relatifs à la stratégie organisationnelle ou à la planification sur plusieurs années ; des rapports semi annuels et/ou annuels (ceux présentés aux parties concernées, par exemple) ; l'évaluation effectuée par un évaluateur externe ou un facilitateur interne.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure « axée sur les résultats » de la performance des programmes ou de la planification organisationnelle. Cet indicateur présuppose que le fait ou non que l'organisation atteigne les objectifs ciblés constitue une mesure primordiale d'une bonne gestion et d'un bon leadership.

Pour cet indicateur, la mesure que nous recommandons ne peut fournir qu'une vue d'ordre général du fonctionnement de l'organisation dans son ensemble ; l'évaluateur aura besoin d'une analyse plus approfondie des raisons pour lesquelles l'organisation aura échoué dans l'atteinte des objectifs ciblés.

LA DISPONIBILITÉ D'UNE STRUCTURE ORGANISATIONNELLE LOGIQUE ET CLAIREMENT DÉFINIE

Définition

Le terme de « structure d'une organisation » renvoie à la sélection du personnel et au cadre de prise de décision qui assigne à chaque employé son pouvoir et son niveau de responsabilité. On dira qu'une structure est clairement agencée lorsqu'elle définit les lignes d'autorité et de responsabilité, la répartition des responsabilités et les voies de communication.

Les données nécessaires

Une définition formelle des relations, du contrôle, des rôles et responsabilités ; une description de mode de prise de décisions au sein de l'organisation.

Source(s) de données

L'organigramme ; la description des postes sous forme écrite ; (des) manuel(s) de politique générale ; des entrevues auprès du personnel à tous les niveaux de l'organisation.

But et questions

Cet indicateur permet de voir dans quelle mesure l'organisation a une structure clairement définie, avec une définition des rôles, des responsabilités et du pouvoir, tant « sur papier » que dans la pratique. Les évaluateurs pourront vérifier la disponibilité de cette structure en essayant de voir si l'organisation a :

- Un organigramme définissant clairement les lignes d'autorité et de communication ;
- Un manuel de politique générale contenant la définition des rôles et des responsabilités du personnel (et des membres du comité directeur) et décrivant le système formel de délégation (des responsabilités) ;
- Une description des postes, précisant les responsabilités et la hiérarchie des rôles ;
- La description écrite d'un processus permettant d'évaluer régulièrement la structure et de s'assurer qu'elle continue d'être en accord avec les stratégies présentes de l'organisation.

Il faudra utiliser une échelle simple allant de 0 à 4 pour mesurer ces éléments. Un programme sans aucun des quatre documents décrits ci-dessus recevrait le score le plus faible (0). En revanche, un programme possédant tous les éléments recevrait le score le plus élevé (4).

Les processus de prise de décision de l'organisation pourront, ou non, être conformes à ceux qui sont formulés au niveau de la structure organisationnelle formelle. Afin de vérifier cela, on pourra évaluer l'adéquation de chaque membre du personnel pour le poste occupé et dans quelle mesure ces derniers prennent des décisions selon ce qui est décrit dans les documents « formels » (on pourra, par exemple, mener des entrevues auprès du personnel afin de déterminer de quelle manière une ou plusieurs décisions importantes récentes ont été prises).

L'évaluation de cet indicateur aura tendance à être plus subjective que celle du précédent, pour lequel il s'agissait seulement d'établir une mesure de l'existence de documents. Les évaluateurs pourront toutefois utiliser la même échelle que pour l'indicateur précédent (allant de l'absence de conformité à une conformité complète).

La validité de cet indicateur est basée sur la supposition que la claire définition des rôles, des responsabilités et des schémas de prise de décision au sein de l'organisation favorise la prise de décisions stratégique et opérationnelle et garantit l'utilisation optimale des ressources disponibles. On peut supposer également que la structure organisationnelle peut être changée (du moins partiellement) sous l'impulsion de la direction ou du gestionnaire de l'organisation.

Cet indicateur et la question du genre

Une structure organisationnelle logique et explicite avec une hiérarchie des rôles et des responsabilités clairement définis constitue un indicateur important de la capacité de gestion. Souvent, dans une organisation, les femmes sont nombreuses aux niveaux de responsabilité les moins élevés, mais ne parviennent pas à occuper les postes de gestion les plus élevés. Il existe de nombreux facteurs contribuant à entraver la capacité des femmes de s'élever à des postes de gestion au sein d'une organisation, tels que les niveaux moins élevés de scolarisation et d'instruction. On peut dire, au niveau d'une organisation, que la discrimination basée sur le genre est présente lorsque les femmes présentent les qualifications et l'expérience nécessaires pour concourir pour un certain poste, mais que ce poste leur est refusé à cause de leur sexe. Il se peut que les descriptions des postes et des qualifications nécessaires soient écrites de telle sorte qu'elles excluent les femmes en exigeant des qualifications ou un type d'expérience auxquels les femmes n'ont pas les moyens d'accéder. Une structure logique et explicite devrait contenir l'engagement à employer et promouvoir le personnel par des choix basés sur des qualifications décrites de façon adéquate.

LE NOMBRE/LA PROPORTION D'EMPLOYÉS DONT LA PERFORMANCE A ÉTÉ ÉVALUÉE SELON LES NORMES DE PERFORMANCE DE LA GESTION

Définition

Façon dont une organisation se conforme aux normes lorsqu'elle supervise et évalue la performance de ses employés.

Le passage en revue de la performance, à savoir, une évaluation de la performance d'un employé effectuée par le superviseur et l'employé, est, dans l'idéal, basé sur des plans de travail mis en place conjointement, des objectifs de performance et des résultats reliés aux attentes. L'évaluation est au cœur du processus de supervision et constitue un élément important de la gestion de la performance dans son ensemble. Par gestion de la performance, on entend l'ensemble des systèmes, politiques et procédures qu'une organisation utilise en vue de définir et de suivre le travail effectué par les employés. Il s'agit aussi de s'assurer que les tâches et les priorités des employés sont en accord avec la stratégie de l'organisation. Les passages en revue de la performance répondent au besoin de tous les membres du personnel d'avoir des attentes claires pour leur travail.

Les données nécessaires

Une description des normes pour le passage en revue des standards de supervision et de performance ; la preuve que les passages en revue de la performance et de la supervision son en accord avec les standards.

Source(s) de données

Les dossiers sur le personnel.

But et questions

La supervision et l'évaluation de la performance des employés constituent des fonctions essentielles de la gestion des ressources humaines. Le fait de mesurer l'adhésion aux normes sous-entend que l'organisation possède des standards écrits contenant une définition des éléments nécessaires à un passage en revue complet et de haute qualité et une indication de la fréquence à laquelle cela devrait avoir lieu.

Pour mesurer cet indicateur, un évaluateur (extérieur à l'organisation ou le directeur des ressources humaines de l'organisation) devrait tout d'abord passer en revue les documents de politique générale relatifs aux ressources humaines. Après quoi il/elle mettra en place les normes relatives à la supervision, la fréquence des évaluations formelles de la performance et les données écrites nécessaires à l'évaluation. Il/elle devra ensuite passer en revue un échantillon des dossiers des employés (ou tous les dossiers s'il y a assez de ressources ou s'il n'y a que peu d'employés). Il/elle vérifiera les dossiers pour déterminer si l'évaluation de la supervision/performance est en accord avec les standards de ponctualité, au caractère complet du travail et à l'accessibilité. L'évaluateur choisira le moment d'effectuer l'évaluation en fonction de la fréquence à laquelle les évaluations sont sensées avoir lieu (par exemple, les 12 derniers mois).

Les normes relatives à l'achèvement du travail varient beaucoup selon l'organisation ou le programme. Par exemple, certaines organisations pourront exiger que l'employé et son superviseur signent tous les deux une évaluation de la performance conjointe. Dans d'autres cas, lorsque la liste de contrôle pour la supervision est présentée sous la forme d'un « audit », seul le superviseur devra signer le document une fois complété. Dans le cas de certaines organisations, il faudra aussi inclure sous forme écrite tout changement au niveau de la rémunération ou des promotions ; d'autres encore exigent l'élaboration d'un plan de performance écrit couvrant la prochaine période d'évaluation (par exemple, 12 mois).

Cet indicateur sous-entend l'existence d'un système d'évaluation de la supervision ou de la performance bien documenté.

LE POURCENTAGE DE POSTES CLÉS POURVUS

Définition

L'efficacité du système de gestion des ressources humaines de l'organisation à pourvoir les postes clés.

Ce qu'on entend par « clé » varie beaucoup selon les organisations. Dans le cas d'organisations de prestation de services de santé, ce sont les normes cliniques et organisationnelles qui dicteront les définitions de personnel clé au niveau des cliniques. Le nombre total de membres du personnel clé sera souvent déterminé par la proportion de médecins, d'infirmières, d'auxiliaires, de sages-femmes et d'autres membres du personnel clinique par rapport à la population desservie.⁹ Au niveau du siège central d'une organisation, le terme « clé » pourra recouvrir les chefs de département ou d'unité, ainsi que le personnel de soutien essentiel

Les données nécessaires

Il faudra un décompte exact des postes clés à l'intérieur d'une organisation qui sont effectivement pourvus lors de la période d'évaluation, et le nombre total de postes clés disponibles au sein de l'organisation.

Source(s) de données

Les systèmes d'information sur la gestion du personnel ; les dossiers des employés ; l'organigramme de l'organisation ; une enquête sur l'établissement, un système de registre du personnel ; un manuel de politiques relatives au personnel.

But et questions

L'objectif de cet indicateur est de mesurer l'efficacité du système de gestion des ressources humaines de l'organisation afin de pourvoir les postes clés et ainsi

⁹ Dans certains pays, pour des organisations sanitaires de grande envergure, des algorithmes plus complexes sont utilisés pour déterminer le niveau de personnel nécessaire, comprenant le temps disponible, le type de patient à charge (malades hospitaliers, malades en consultation externe, accouchements, visites au niveau des communautés, entre autres) et le temps d'administration.

s'assurer de la capacité de l'organisation de bien fonctionner et d'atteindre ses objectifs. Cet indicateur mesure la performance effective par rapport au scénario idéal dans lequel tous les postes clés sont pourvus. La plupart des organisations œuvrant dans le domaine de la santé de la reproduction dépensent la plus grande partie de leurs ressources sur leur personnel. Les lacunes au niveau du personnel clé pourront donc compromettre la qualité des soins offerts.

Pour calculer cet indicateur, il faut qu'une organisation ait une définition précise, avec laquelle tous sont d'accord, de ce qui est entendu par « pourvu ». Il arrivera que les systèmes de registre du personnel n'offrent pas des informations correctes, lorsqu'un(e) employé(e) continue de figurer sur le registre (avec ou sans salaire), alors qu'il/elle est en congé prolongé ou permanent ; le poste paraît donc « pourvu », mais personne ne remplit les fonctions de cet employé.

A cause des systèmes d'information sur le personnel inadéquats, certaines organisations (particulièrement dans le secteur privé) dépendent d'un décompte annuel des employés dans le cadre de leurs rapports de systèmes d'information de gestion pour fournir les données pour cet indicateur.

Lorsque les systèmes de registres du personnel et de préparation des rapports annuels ne sont pas corrects, il est courant d'inclure des questions sur les ressources humaines dans le cadre d'évaluations périodiques de l'établissement. Un indicateur souvent utilisé pour cela est :

- le pourcentage d'établissements dont le personnel au complet est de service le jour de la visite.

Il existe une limite importante à cet indicateur. En effet, il ne mesure pas la **compétence** du personnel occupant les postes clés. L'évaluation des compétences exige une analyse qualitative des descriptions de postes, des qualifications du personnel occupant ces postes, et des évaluations de performance, ce qui prend beaucoup de temps.

LE TAUX DE RENOUVELLEMENT DU PERSONNEL

Définition

Le rythme avec lequel les employés quittent une organisation ou un programme, sous forme de proportion du nombre total de personnes employées au cours d'une période de référence (par exemple, 12 mois).

On calculera cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'employés ayant quitté leur poste}}{\text{Nombre de personnes employées par l'organisation ou le programme}} \times 100$$

Les données nécessaires

Un décompte correct, à jour, des employés ayant quitté leur poste et du nombre total de personnes employées au milieu de la période référence (par exemple 12 mois).

Source(s) de données

Les systèmes d'information sur les ressources humaines; les dossiers des employés; le registre du personnel de l'organisation (s'il est correct); un enquête de « vérification du nombre de personnes présentes » (s'il n'y a pas de système régulier d'informations sur le personnel).

But et questions

Le renouvellement du personnel est un moyen important de mesurer à la fois l'efficacité du système de gestion des ressources humaines et la gestion de l'organisation ou d'un programme dans son ensemble. Il fournit une mesure permettant de compléter l'indicateur précédent concernant les postes clés pourvus. Si le niveau de renouvellement est élevé, il faut que l'organisation ou le programme encoure des dépenses supplémentaires pour l'embauche de nouveaux employés. Ces dépenses comprennent l'entrevue, la vérification des références, la formation de départ, entre autres. Parce que les ressources humaines peuvent monopoliser plus de 70 pour cent des budgets des programmes en santé de la reproduction. Le fait de garder le personnel qualifié ou

non pourra donc avoir des répercussions très importantes sur la productivité et la performance.

Cet indicateur pourra tenir lieu « d'avertissement » (être le signe de problèmes potentiels au niveau du personnel). Les responsables des ressources humaines peuvent manquer cependant de pouvoir permettant de résoudre le problème à la racine (par exemple, la supervision, l'échelle des salaires, les promotions). Il faut une compréhension plus poussée des causes du renouvellement pour pouvoir effectuer une analyse plus en profondeur. Certaines organisations exigent que tous les employés passent une entrevue à la sortie avant leur départ. L'étude de ces dossiers devrait donner une indication des causes du renouvellement, pour savoir si le phénomène a affaire à la satisfaction dans le travail, des questions de rémunération, au passage à la retraite, ou à d'autres facteurs auxquels l'organisation ou le programme peuvent faire face.

En général, une analyse sur une base annuelle devrait suffire pour cet indicateur, même s'il peut arriver que les gestionnaires veuillent examiner cet indicateur plus souvent s'ils observent un niveau élevé de pertes. Les gestionnaires voudront aussi l'évaluer sur des périodes de temps plus longues dans le but d'aider à la planification à long terme au niveau de l'embauche et du développement du personnel.

LA DISPONIBILITÉ ET L'UTILISATION D'UN SYSTÈME DE PLANIFICATION COHÉRANT

Définition

La disponibilité et utilisation d'un processus systématique pour la planification.

Par systèmes de planification on entend notamment des procédures systématiques pour l'élaboration de plans à court, moyen ou long terme. L'objectif en utilisant ces systèmes est de s'assurer le maintien et l'accomplissement des buts et stratégies de l'organisation. Un système de planification cohérent rend l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de plans efficaces et efficients.

Cet indicateur permet de mesurer à la fois la disponibilité et l'utilisation de six éléments clés au cours du dernier cycle de planification, comme suit :

Disponible	Utilisé
Modèles /formatages que les planificateurs pourront suivre	Des modèles sont utilisés pour le plan le plus récent
Un calendrier pour l'élaboration, le suivi et la mise à jour du plan	Les calendriers [sont] suivis d'assez près pour le plan le plus récent
Des manuels contenant une description du processus de planification	On a fait référence aux manuels au cours de l'élaboration du plan le plus récent
Un mécanisme pour s'assurer que les activités dans le plan sont en accord avec les budgets	Les activités contenues dans le plan le plus récent sont budgétées
Un processus pour le suivi des progrès effectués	Le plan le plus récent a fait l'objet d'un suivi systématique effectué par les gestionnaires

Disponible	Utilisé
Un système en place pour la production de rapports sur l'avancement des travaux	Des rapports sur l'avancement des travaux sont produits de façon régulière dans le contexte du plan le plus récent

Les évaluateurs pourront classer une organisation selon une échelle à 12 niveaux. Le classement sera calculé en donnant un point pour « disponible » et un point pour « utilisé » à chacune des six rubriques décrites dans le tableau ci-dessous.

Les données nécessaires

Un processus de planification et de prévisions budgétaires, avec des pièces justificatives ; la preuve de l'existence de plans opérationnels et stratégiques ; la preuve de l'existence d'un suivi de plans et de calendriers.

Source(s) de données

Les documents relatifs à la structure de l'organisation ; les entrevues auprès du personnel clé.

But et questions

Les institutions dont la planification stratégique est efficace sont plus à même de comprendre et de réagir aux changements au niveau des conditions pouvant affecter l'organisation. Elles sont aussi plus à même d'employer de façon plus efficace les ressources disponibles pour répondre aux besoins des clients et créer une demande pour leurs services (USAID, 1999). Les administrateurs devraient se reporter à de tels plans lorsqu'ils prennent des décisions relatives à la gestion. Ils devraient aussi effectuer le suivi des plans et les ajuster constamment en fonction des changements au niveau des conditions internes et externes. Ainsi, pour un système de planification cohérent, il faut non seulement les produits (plans), mais aussi le processus (mise en œuvre) fondés sur les réalités stratégiques et budgétaires auxquelles l'organisation fait face.

Grâce à l'étude des documents relatifs à l'organisation ou au programme, et aux entrevues auprès de répondants clés, un évaluateur pourra voir si les éléments essentiels à un système de planification existent et s'ils ont été utilisés au cours du dernier cycle de planification.

Un des inconvénients de cet indicateur est qu'il ne permet pas d'évaluer la qualité des plans vraiment produits par le système de planification. Cependant, l'indicateur qui suit, **La qualité des plans stratégiques et opérationnels**, répond à cette question.

LA QUALITÉ DES PLANS STRATÉGIQUES ET OPÉRATIONNELS

Définition

Un plan stratégique, à savoir, d'un document écrit exposant les éléments clés de la stratégie et les buts de l'organisation ou du programme, établissant les priorités et les objectifs à moyen et à long terme (trois à cinq ans). Un plan opérationnel, un document préparé chaque année, dirige les activités d'une organisation ou d'un programme dans le futur immédiat.

Les données requises

La preuve de l'existence de plans stratégiques et opérationnels; une évaluation de ces plans.

Source(s) de données

Les plans stratégiques ; les plans opérationnels ; les budgets.

But et questions

Un plan stratégique de qualité contiendra les éléments suivants :

- Une référence à la mission du programme ou de l'organisation ;
- Une liste des stratégies clés pour l'avenir proche (par exemple, les trois prochaines années), par ordre de priorité ;
- Une vision à long terme (par exemple, comment le plan stratégique permettra d'améliorer les objectifs à long terme de l'organisation, au delà des cinq prochaines années) ; et
- Un plan au niveau des ressources humaines décrivant les besoins en personnel et en formation nécessaires à l'accomplissement du plan stratégique.

Il faudrait que les plans stratégiques contiennent un plan concernant les ressources humaines afin de s'assurer que les besoins des employés (en termes de compétences nécessaires) soient pris en considération dans la planification de l'institution. Si la planification stratégique tient compte des besoins en ressources humaines, cela aidera l'organisation à éviter les possibilités d'un échec au niveau de la gestion dû à la perte de mémoire institutionnelle causée par le départ d'un employé.

Lors de l'évaluation de la qualité de la stratégie d'une organisation, il faut que l'évaluateur étudie d'abord chacune des stratégies importantes et s'assure qu'elles soient en accord avec la mission de l'organisation. Il/elle pourra utiliser une matrice de comparaison ou une liste de contrôle. Un des axes de la matrice pourra contenir les points saillants de la (ou des) déclaration(s) et le public ciblé; l'autre pourra contenir les directions stratégiques les plus importantes. L'évaluateur pourra ensuite calculer la proportion de boîtes cochées.

Un plan opérationnel de bonne qualité contiendra les éléments suivants :

- Le détail des activités et des tâches ;
- Une description des besoins en personnel et autres ressources nécessaires au déroulement des activités ;
- Un lien avec un budget détaillé pour les activités (se référer à l'indicateur sur **l'efficacité des systèmes de gestion financière**); et
- Une activité planifiée servant à revoir et ajuster le plan à des fins d'adaptation aux conditions changeantes.

Lorsqu'un évaluateur analysera la qualité d'un plan opérationnel, il devra étudier chacun des grands domaines d'activité et définira ce qui est entendu par cohérence avec la stratégie de l'organisation ou du programme. Une matrice servant à la comparaison ou une liste de contrôle tel que décrit plus haut pourra être utilisées.

Un évaluateur (ou une équipe de gestion interne) pourra tout simplement utiliser des coches ou accorder une valeur numérique au niveau de cohérence, et ainsi obtenir un score numérique.

L'échelle suivante fournit un exemple d'échelle :

0	Aucune cohérence
1	Une cohérence partielle
2	Une cohérence complète

LE NOMBRE/LA PROPORTION D'UNITÉS ORGANISATIONNELLES/DE PROGRAMME UTILISANT LES DONNÉES DE FAÇON SYSTÉMATIQUE POUR FAIRE LE SUIVI DE LA PERFORMANCE

Définition

La capacité des gestionnaires d'utiliser des systèmes d'information routines pour effectuer le suivi de la performance.

Un système d'information de gestion (SIG) efficace transforme des données brutes pour en tirer des informations qui permettront aux décideurs de comprendre la qualité de la performance d'une organisation ou d'un programme. Cet indicateur peut être appliqué aux systèmes d'information conçus pour la production d'informations servant au suivi de la performance d'une organisation ou d'un programme dans son ensemble ou « du point de vue du bilan financier ». Il peut aussi être appliqué à la performance d'unités de gestion individuelles, telles que la finance ou les ressources humaines.

Dans le contexte de la santé de la reproduction, on entend par unité de programme ou d'organisation soit les points de prestation de services, soit les succursales, soit encore les unités ou départements de gestion au niveau du siège de l'organisation.

Les données nécessaires

La preuve écrite (ou créée par ordinateur) de l'utilisation de données (par exemple, des tableaux d'indicateurs, des graphiques) ; des rapports sur le système d'information ; les objectifs de la planification ; le nombre d'unités qui montrent l'utilisation de données ; et le nombre total d'unités.

Source(s) de données

L'évaluation du SIG, menée au cours d'une supervision régulière ou effectuée par un évaluateur externe; des entrevues auprès du personnel clé.

But et questions

Pour le calcul de cet indicateur, l'évaluateur étudiera les documents institutionnels mentionnés plus haut, et cherchera à y trouver les trois qualités du suivi systématique suivantes :

- Les données sont transformées en informations concernant les indicateurs de la performance précisés plus haut ;
- Les indicateurs sont employés pour la comparaison entre la performance et les objectifs ou normes mis en place au niveau des plans stratégiques et/ou opérationnels ; et
- Une analyse tendances-temps des informations existe, sous une forme telle que le comité de gestion y ait accès (par exemple, des tableaux, des graphiques).

Il est courant dans les programmes en santé de la reproduction d'appliquer cet indicateur à la mesure de l'utilisation des indicateurs sur les services de routine. Dans cet ensemble il faudrait inclure au moins un indicateur sur chacun des services de base en SR, comme la planification familiale, les soins prénatals et postnatals, les services pour l'accouchement sans danger, le traitement et la prévention des IST et du VIH, ainsi que d'autres indicateurs de programme.

Cet indicateur peut aussi s'appliquer à l'évaluation d'autres systèmes d'information, y compris les systèmes de surveillance des maladies, le personnel ou les ressources humaines, les produits et la logistique, les finances, ainsi que les locaux et l'équipement.

Cet indicateur sous-entend que les informations auxquelles l'évaluateur a accès sont à jour et correctes. Concernant ces questions, on utilisera les deux indicateurs suivants, aussi présentés dans la section suivante : **Le nombre/la proportion d'unités de rapport qui remettent un rapport SIG de routine complet à temps**, et **Le pourcentage d'éléments relatifs aux données rapportés correctement dans les rapports SIG**. Cet indicateur ne permet pas la mesure de l'efficacité de la prise de décision fondée sur l'information étudiée. Il faudrait pour cela un processus de mesure plus complexe et plus approfondi, avec des entrevues auprès du personnel clé et une étude minutieuse de la documentation.

LE NOMBRE/LA PROPORTION D'UNITÉS DE RAPPORT QUI REMETTENT UN RAPPORT SIG DE ROUTINE COMPLET À TEMPS

Définition

Il s'agit de voir dans quelle mesure une organisation rend ses informations disponibles et ce, de façon opportune.

Par systèmes d'information de gestion (SIG), on entend les mécanismes et procédures à suivre pour la collecte et l'utilisation des données courantes.

Le terme « à temps » signifie que le rapport est reçu dans le cadre d'une durée précise déterminée à partir de la fin de la période que le rapport doit couvrir. Le temps de présentation des rapports varie. La durée pourra être « dans les 7 jours suivant le début d'un nouveau mois », « dans les 14 jours suivant le début d'un nouveau trimestre », ou une autre période de temps.

Les données nécessaires

Des archives indiquant les dates exactes auxquelles les rapports ont été envoyés à partir du lieu où ils ont été rassemblés, et reçus par l'unité ou le bureau où ils seront conservés.

Source(s) de données

Les recueils de comptes rendus ; des rapports estampés et datés ; des banques de données SIG informatisées.

But et questions

Cet indicateur fournit un moyen d'évaluer dans quelle mesure une organisation rend ses informations disponibles en respectant les délais. L'existence d'informations complètes et courantes est une pré-condition à la mesure de l'indicateur précédent concernant l'usage des informations pour effectuer le suivi. Avec le terme de « à temps » employé dans la définition, on met en valeur la nécessité d'effectuer le suivi des activités et des sorties à un rythme en accord avec le calendrier établi par les leaders et les gestionnaires pour la planification, le suivi, l'évaluation de la performance et la prise de décision.

Il faut cependant que les dates limites pour la présentation des rapports courants soit raisonnables, étant donné le fait que la livraison peut constituer un défi particulier en lui-même. L'expérience dans plusieurs pays a montré que la pression exercée sur les employés pour la présentation des rapports mensuels à temps les mène à oublier certaines données. Dans ce cas, non seulement les données sont incomplètes, mais encore, elles ne peuvent être comparées aux données provenant d'institutions qui présentent leurs chiffres pour un mois complet.

Les évaluateurs pourront utiliser cet indicateur pour d'autres types de rapports essentiels à la gestion des services en santé de la reproduction. Il pourra s'agir de rapports de performance annuelle ou trimestrielle (dont les sources de données peuvent être multiples), de rapports concernant les ruptures de stock, ou de rapports périodiques basés sur la population. Pour être qualifié « à temps », il faut que le rapport ait été reçu bien avant que les informations soient nécessaires pour la prise de décision.

Cet indicateur ne sert pas à évaluer dans quelle mesure les niveaux les plus élevés de la gestion assimilent les données rapportées dans un temps raisonnable. Un indicateur complémentaire serait le suivant :

- Le pourcentage de rapports traités (rassemblés de façon manuelle ou incorporés dans une banque de données) suivant le calendrier établi.

LE POURCENTAGE D'ÉLÉMENTS RELATIFS AUX DONNÉES RAPPORTÉES CORRECTEMENT DANS LES RAPPORTS SIG

Définition

Le degré d'exactitude dans les rapports et l'agrégation des données.

Par « élément de donnée », on entend une seule donnée entrée dans un SIG. Le terme peut renvoyer à une seule cellule d'un rapport SIG courant ou sur un écran d'entrée de données pour les SIG automatisés.

Les données nécessaires

Des données primaires provenant d'unités ou de programmes de santé et des données « agrégées » à tous les niveaux.

Source(s) de données

Les registres, les dossiers des patients, et/ou les feuilles de pointage ; les rapports mensuels ou trimestriels issus des SIG.

But et questions

On utilise cet indicateur au niveau des programmes de santé dans le but de mesurer l'exactitude des rapports et de l'agrégation des données. Des inexactitudes peuvent survenir lorsque les données sont enregistrées, comptées, transposées à des fins d'inclusion dans un rapport, et agrégées.

Les évaluateurs pourront sélectionner un certain nombre d'éléments de données comme échantillon, et pourront déterminer le niveau d'adéquation entre (1) les données enregistrées dans les registres de service, les dossiers de patients, les feuilles de pointage, et (2) les données rapportées dans les formulaires de SIG.

Exemple

Rubrique	Nombre enregistré	Nombre rapporté	Cohérent ?
Cycles avec la pilule	36	32	Non
DIU	5	5	Oui
Contraceptifs injectables	18	18	Oui
% correct	2/3 ou 66%		

Pour mesurer à quel point l'agrégation des données est exacte, il arrive souvent que les organisations établissent une comparaison entre un échantillon d'éléments de données extraits de données brutes rapportées à partir de plusieurs points de prestation de services et le grand total rapporté aux niveaux supérieurs.

	PPS 1 ¹⁰	PPS 2	PPS 3	Total effectif	Total rapporté	Cohérent ?
Cycles de pilule	32	84	14	130	130	Oui
DIU	5	10	7	22	20	Non
Contra-ceptifs injectables	18	21	23	62	49	Non
% correct	1/3 ou 33%					

Pour plusieurs raisons, il arrive que les directeurs de programme ou d'établissement sous-estiment ou gonflent les données. Un indicateur plus sophistiqué serait donc une mesure de la **différence relative** entre les données enregistrées et les données rapportées. Cela serait dans le but de se rendre compte si les données sont sur- ou sous-rapportées. C'est une approche minutieuse qui exige beaucoup de temps pour le calcul de l'indicateur, mais elle permet de mieux mesurer à quel point les rapports sont exacts.

¹⁰ Point de prestation de services (PPS).

Si un évaluateur cherche à étudier les questions relatives à la qualité des données, mais n'a pas suffisamment de temps pour effectuer une analyse détaillée du niveau de précision nécessaire à cet indicateur, il pourra utiliser une mesure plus simple des SIG et évaluer **à quel point les données sont complètes** :

- Le pourcentage d'établissements sanitaires qui envoient des rapports sans données manquantes.

Après la mise à l'essai de cet indicateur sur le terrain, il apparaît qu'il fournit un indicateur de remplacement sur le fonctionnement des systèmes d'information dans leur ensemble. Cependant, il faut une analyse plus en profondeur pour essayer de voir si les données **enregistrées** sont le reflet de la réalité. Pour ce type d'évaluation, il faut faire une observation directe des employés qui effectuent l'enregistrement des données. Il s'agit là d'une technique qui pourrait s'avérer trop coûteuse pour en faire un usage courant.

L'INSTITUTIONNALISATION D'UN SYSTÈME D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ**Définition**

Le terme de qualité renvoie au fait d'offrir un service ou un produit d'une façon qui réponde aux besoins des clients de façon soutenue. L'assurance de la qualité (AQ) est un terme générique pour décrire un certain nombre d'approches dans le domaine de la gestion (Amélioration continue de la qualité [ACQ], Gestion de la qualité totale [GQT]). Ces approches reconnaissent toutes le fait que de nombreux problèmes proviennent des systèmes et processus, ainsi que de l'absence d'attentes précises en ce qui concerne la performance, plutôt que de la négligence de la part des individus. La AQ telle qu'appliquée aux programmes relatifs à la santé de la reproduction, demande généralement que les employés de tous niveaux soient encouragés à analyser les systèmes et le processus, à utiliser les données pour avoir une idée de la nature et de l'ampleur de chaque problème, et à concevoir et mettre en œuvre des activités en vue d'améliorer les services et la satisfaction des clients. (Pour plus de détails concernant la AQ, se référer à la Partie II.H.2c).

Les données nécessaires

La preuve de l'existence de normes et de protocoles relatifs à la qualité ; les allocations budgétaires pour les activités de AQ ; des évaluations sur la performance ou les prestataires quant à leur conformité aux normes ; le retour d'informations sur la satisfaction des clients en ce qui concerne la qualité ; le retour d'informations de la part des employés concernant leur implication dans les initiatives relatives à la qualité.

Source(s) de données

Les documents relatifs à l'organisation, y compris les directives concernant la prestation des services ; les entrevues auprès des gestionnaires, superviseurs, et autres membres du personnel de tous niveaux ; le budget ; les évaluations de la performance des employés ; les programmes de formation ; les enquêtes sur la satisfaction des clients ; les boîtes à suggestion.

But et questions

Cet indicateur mesure l'engagement des organisations à la AQ ; on pourra trouver des indicateurs plus détaillés sur le site indiqué dans la note ci-dessous.¹¹

Du point de vue de la gestion, les six éléments suivants sont essentiels au développement d'un score composite sur l'engagement à la AQ :

- **La preuve que la garantie de qualité est intégrée dans la mission et la stratégie de l'organisation**

En mesurant cet élément, l'évaluateur pourra d'abord voir s'il existe une culture ou un environnement de l'amélioration de la qualité.

- **La preuve que la garantie de qualité est intégrée dans les plans et budgets de l'organisation**

Les activités de AQ ne nécessitent pas toutes une rubrique distincte dans le budget ; certaines sont conjuguées avec d'autres activités et sont mises en œuvre à un coût minime. L'évaluation de l'allocation du budget peut être difficile, à moins que le budget soit très détaillé et contienne beaucoup d'annotations.

- **La preuve de l'existence de normes et de protocoles relatifs à la qualité**

Cet indicateur est facile à mesurer, mais pour ce faire, il faut identifier les protocoles relatifs à la prestation de services (protocoles cliniques, conseil), ainsi qu'à la gestion (par exemple, la gestion, l'entreposage des produits, la prévention des infections, les rapports SIG), et ce, pour chaque catégorie de service en santé de la reproduction.

¹¹ Gutierrez, Maria, 2001, <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.6.htm&module=quality&language=English>.

- **L'évaluation de la performance/du prestataire concernant la conformité aux normes**

Comme pour l'élément précédent, il faut, pour cet aspect, mesurer en fonction de la prestation de services et des normes de gestion propres à chaque domaine de la santé de la reproduction. Il faut que le personnel pratique l'observation directe (par un superviseur ou une cliente mystère); effectuer ces mesures peut donc prendre beaucoup de temps, selon le volume des services dans un établissement donné.

- **Des mécanismes pour obtenir du retour d'informations des clients concernant la qualité**

La mesure de la satisfaction du client constitue le principal moyen de savoir si les initiatives en AQ portent des fruits. Parmi les nombreuses méthodologies de mesure, la plus communément utilisée est l'entretien à la sortie auprès des clientes. Une des faiblesses des entretiens à la sortie est que les clientes oublient parfois des détails concernant une visite ou ne savent pas quelles pratiques sont sensées être acceptables. Il arrivera que les clientes craignent l'effet que pourraient avoir des réponses négatives sur la disponibilité et l'accès aux services.

- **Des mécanismes pour recueillir les points de vue des prestataires concernant la qualité**

Effectuer des mesures dans ce domaine pourra révéler les lacunes entre les différentes conceptions de la qualité : celle du client et celle du prestataire. Cet exercice pourra aussi aider les gestionnaires à comprendre dans quelle mesure les prestataires se sentent encouragés ou récompensés d'avoir fait preuve d'initiative pour examiner la qualité.

Indicateur

L'EXISTENCE DE BUDGET(S) RELIÉ(S) AU(X) PLAN(S) OPÉRATIONNEL(S)

Définition

Niveau d'efficacité d'une organisation ou d'un programme pour assortir les ressources disponibles et les activités planifiées.

Un budget est un document qui projette des coûts, et souvent, des revenus prévus pour une activité particulière, un programme, un projet ou une organisation. Il est aussi un plan financier qui exprime en termes quantitatifs les buts et objectifs de programme en orientant l'allocation des ressources financières et humaines (MSH, 1999c).

Les données nécessaires

La preuve que le coût des activités du plan a été estimé et que les ressources ont bien été allouées à un ou plusieurs activités.

Source(s) de données

Des budgets ; un tableau des comptes ; un (des) plan(s) opérationnel(s).

But et questions

Cet indicateur mesure le niveau d'efficacité d'une organisation ou d'un programme à assortir les ressources disponibles aux activités planifiées. Il arrivera que les budgets recouvrent soit des activités isolées (sous-budgets) soit des programmes complets ; un budget bien conçu permet d'« assembler » plusieurs sous-budgets en un budget total d'exploitation.

Il faut un certain niveau de clarté au niveau du budget, pour pouvoir mesurer cet indicateur. C'est pourquoi ceux qui élaborent les budgets doivent fournir des informations sur les unités de coût, à savoir le nombre de participants, le type de matériel et quelle quantité, le nombre de jours de per diem, et le nombre de personnes recevant des per diem, par exemple. Grâce à ce niveau de détail, il est plus facile d'assigner une valeur ou un coût à chaque unité. Cela rend aussi le budget plus facile à modifier, parce que les chiffres dans le plan changent avec le temps. En détaillant les budgets de façon à les

diviser en coûts par unité, il est plus facile d'effectuer le suivi des coûts dans le temps. Il est aussi plus facile d'évaluer les devis envoyés par les fournisseurs, puisque les données antérieures sont disponibles à partir des budgets précédents.

L'EFFICACITÉ DES SYSTÈMES DE GESTION FINANCIÈRE

Définition

Par gestion financière, on entend la gestion des ressources d'une organisation ou d'un programme pour atteindre des buts et objectifs. Cela devrait être fait le plus efficacement possible, grâce à l'utilisation de ces ressources pour mener à bien les activités prévues par le plan. Un système de gestion financière comprend une suite d'outils et de processus permettant de contrôler, de conserver, d'allouer et d'investir les ressources d'une organisation ou d'un programme.

Le système pour attribuer des points sous cet indicateur est comme suit :

Élément de description	Points
Les dépenses sont suivies par rubrique (par ex., les intrants, les salaires, les services publics, le matériel) et sont enregistrées au fur et à mesure qu'elles sont effectuées. Malgré cela, il n'est pas possible que les rapports soient préparés efficacement.	1
Les dépenses sont non seulement suivies par rubrique, mais aussi reliées aux services et aux matériels achetés, et aux activités qu'elles supportent. Des rapports financiers existent, mais ils ne sont pas utilisés pour l'analyse des coûts.	2
Le système financier produit des données relatives au revenu et des analyses du flux des dossiers; les coûts sont répartis selon les centres de responsabilité (par exemple, les produits/les sorties, les unités de service, les ensembles de services). Les rapports financiers, avec une comparaison effective entre les dépenses et le budget, sont parfois utilisés pour l'analyse des coûts.	3
Des rapports financiers de très haute qualité sont rattachés aux budgets et utilisés de façon régulière lors de la prise de décisions en matière de gestion, y compris pour l'allocation des ressources.	4

Les données nécessaires

Des informations concernant les activités planifiées et budgétisées; des informations concernant les dépenses; la preuve que les rapports financiers sont utilisés à des fins de prise de décisions.

Source(s) de données

Un document d'évaluation des budgets, des formulaires de projection de l'état de la trésorerie, l'état des revenus et des dépenses, les bilans, et des entrevues auprès des gestionnaires.

But et questions

Il est essentiel que les gestionnaires sachent quelle est leur situation financière actuelle (liquidité), ainsi que leur situation à long terme (solvabilité), s'ils veulent mener l'organisation vers un niveau de performance efficace. Les évaluateurs pourront utiliser un système d'attribution de points proposé afin d'obtenir une mesure de cet indicateur. Ce système est un mélange d'éléments sur la façon dont les dépenses sont enregistrées et suivies et la manière dont les informations financières sont utilisées pour la prise de décisions. Cela sous-entend que les rapports sont exacts et opportuns. Ce sont ces fonctions essentielles qui permettent aux programmes/organisations de bien comprendre leurs dettes à court et à long terme.¹²

Il faut, afin de mesurer cet indicateur, effectuer une évaluation valable de la documentation. Aussi, il faut que les évaluateurs comprennent les systèmes de comptabilité acceptés localement, ainsi que les exigences concernant la présentation de rapports. Pour vérifier de quelle manière la direction prend ses décisions, il faut passer en revue non seulement les documents, tels que les plans opérationnels, mais aussi tenir des entrevues auprès des décideurs clés au sein du programme ou de l'organisation (MSH, 1999a).

¹² Des niveaux 2 à 4, on travaille avec l'hypothèse que les rapports sont corrects et opportuns.

LE POURCENTAGE DU REVENU ANNUEL ISSU DE SOURCES DIVERSES**Définition**

La capacité de réduire la dépendance envers une seule source de financement.

Par revenu on entend des sommes d'argent ou l'équivalent reçues de la vente, des services, d'honoraires, de dons et de subventions. Dans le cas des subventions, on ne peut considérer comme revenu que la part effectivement dépensée. Ce qui reste devra probablement être rendu au bailleur de fonds.

La plupart du temps, parmi les sources de fonds à la disposition des programmes et organisations en santé de la reproduction, on trouve : les entités gouvernementales nationales (telles que le ministère des finances ou le ministère de la santé), des entités gouvernementales locales (les municipalités ou les districts) ; des bailleurs de fonds internationaux ou des fondations ; la vente de services (à travers des honoraires, à travers des contrats avec d'autres organisations, et/ou des systèmes d'assurance),¹³ la vente de produits tels que des contraceptifs, et des dons provenant de bailleurs de fonds locaux, de corporations ou d'individus.

Les données nécessaires

Les ressources totales (financement ou dons en nature) générées ou reçues par l'organisation ou le programme, et leur source.

Source(s) de données

Les statuts des revenus et des dépenses ; les rapports d'audits et autres rapports financiers.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure de la capacité des gestionnaires d'utiliser des systèmes de gestion financière lorsqu'ils prennent des décisions visant à diminuer le niveau de dépendance de sources de financement uniques. La diversité des sources de financement permet

d'étaler le risque de trop dépendre d'une seule source de financement au niveau d'une organisation ou d'un programme. Elle permet aussi à l'organisation ou au programme d'exercer une plus grande souplesse dans la détermination des orientations futures. De nombreuses ONG trouvent que la diversification est cruciale pour leur viabilité à long terme. De plus, avec les exigences de décentralisation et la nécessité pour les unités locales du gouvernement ou de santé de contribuer à la génération de leurs propres fonds, la diversification des revenus dans le secteur public et le partage des coûts sont devenues des pratiques assez répandues dans le contexte des pays en voie de développement.

Dans le cas de cet indicateur, on part de l'hypothèse que les organisations ou les programmes ont en place des procédures de gestion financières de base servant à fournir les données sur les revenus. Dans le cas d'entités du secteur public qui viennent d'être décentralisées, cet indicateur pourra être difficile à mesurer. Cela provient du fait que les systèmes servant à rassembler les données sur les revenus issus du paiement des prestations, entre autres, sont nouveaux.

Pour mesurer cet indicateur, il est important de considérer la façon dont les fonds sont répartis. Une organisation ou un programme peut très bien avoir des diverses sources de financement, mais il arrivera que les bailleurs de fonds exigent que l'argent ne soit employé que pour certaines activités de programme, plutôt que pour couvrir les coûts généraux d'opération ou de développement qui sont pourtant essentiels à la viabilité du programme. De plus, la manière dont les fonds sont répartis n'est pas forcément en accord avec l'orientation stratégique actuelle de l'organisation ou du programme, une situation qui pourra exiger des dépenses supplémentaires imprévues. Il faudrait donc que les évaluateurs emploient cet indicateur en conjonction avec d'autres indicateurs afin de mener une analyse financière plus approfondie.

¹³ Ce sont les formes principales de recouvrement des coûts directs, même s'il existe d'autres mécanismes pour cela.

Partie II.D

La Formation

- Le nombre de stagiaires, par catégorie d'employé et par sujet de formation
- Le nombre/le pourcentage de stagiaires qui maîtrisent des connaissances pertinentes
- Le nombre/le pourcentage de stagiaires ayant les compétences nécessaires pour fournir des services spécifiques une fois leur formation terminée
- Le nombre/le pourcentage de stagiaires assignés à un point de prestation de services et à un poste de travail appropriés
- Le nombre/le pourcentage de prestataires formés faisant preuve d'une performance selon les directives ou les normes établies
- Le nombre/le pourcentage de formations qui atteignent les objectifs d'apprentissage
- L'organisation a les capacités de maintenir un système d'information fonctionnel concernant son programme de formation
- Le nombre de professeurs et de formateurs qui utilisent des compétences professionnelles de formation essentielles sur le lieu de travail
- L'organisation possède un processus systématique pour le suivi et le soutien des stagiaires après la formation
- L'existence d'une stratégie de formation fondée sur l'évaluation des besoins, visant à améliorer la qualité de la prestation de services
- L'organisation évalue son programme de formation de façon systématique afin d'en améliorer l'efficacité
- Les capacités prouvées de mettre en oeuvre des formations de façon soutenue
- La capacité de l'organisation/du système de s'adapter aux besoins changeants dans le domaine de la formation

À première vue, la formation apparaît un domaine « facile » à évaluer, grâce aux tests souvent utilisés avant et après les activités de formation. En effet, de tels instruments sont utiles, mais ils ne permettent cependant d'aucune manière de refléter toute la gamme des effets de la formation.

Au cours des dernières années, ce qui tient lieu de « dernier cri » en matière d'évaluation de la formation a beaucoup changé. D'abord les organisations ne se contentent plus d'effectuer leurs évaluations sur la base du nombre de formations, du nombre de participants, de l'amélioration des résultats au niveau des instruments de mesure après les tests ou d'autres indicateurs relatifs aux processus. Au lieu de cela, la formation basée plutôt sur les compétences est devenue la norme dans les organisations du monde entier.

Deuxièmement, aujourd'hui on s'attend à ce que les programmes répondent à un ensemble plus vaste de questions, y compris les facteurs relatifs au contexte, allant bien au-delà des limites traditionnelles de la formation. (Dans le passé, la formation était plutôt considérée comme un ensemble d'activités isolées, souvent une panacée pour tout problème pouvant survenir dans un système de prestation de services). Par exemple, parmi les facteurs ayant un effet sur la capacité d'une personne de faire preuve d'une performance satisfaisante, on trouve les suivants: (1) avoir des attentes claires concernant le travail, (2) recevoir un feedback clair et opportun sur la performance, (3) avoir accès à l'information, aux outils et aux autres ressources dont elle a besoin pour son travail, (4) être encouragé ou motivé à bien accomplir son travail, (5) posséder les connaissances et les compétences adaptées, et (6) avoir le soutien de l'organisation pour l'amélioration des comportements (par exemple, davantage d'interactions positives entre les clients et les prestataires pourront avoir lieu et continuer si l'établissement ou le système possède une orientation ouverte envers les clients). Les programmes ont dépassé la formation conventionnelle

et sont parvenus à un processus de formation connu sous le nom de « amélioration de la performance » (AP). La raison d'être de l'AP et le rôle joué par les indicateurs dans ce processus sont résumés dans l'annexe C de ce *Compendium*.

Troisièmement, lorsque cela est possible, les évaluateurs cherchent à mesurer les effets de la formation sur le contexte même de la prestation de services (par exemple, l'amélioration de l'accès, de la qualité). Les indicateurs exposés dans cette section ne vont pas jusqu'à mesurer ces effets. Cela vient en grande partie de ce que la plupart des organisations n'ont pas les ressources financières ou humaines nécessaires à mener les études servant à démontrer une preuve empirique de cette relation. Certes, il existe des méthodologies pour faire le lien entre la quantité et la qualité de la formation ainsi que ses effets sur les services (par exemple, l'accès aux services et la qualité des soins : les indicateurs de ces aspects sont présentés dans la section II.H. de ce manuel). Cependant, l'établissement de ce genre de « lien » ne peut se faire sans une étude spéciale fondée sur une conception expérimentale ou quasi-expérimentale, ou encore sur une analyse multivariée longitudinale. Celle-ci servirait à démontrer que les établissements recevant de la formation sont meilleures que celles qui n'en ont pas reçu, au niveau d'une ou de plusieurs mesures spécifiques.

Kim et al. (1992) a fait une étude de ce genre au Nigeria. Dans ce cas, les client(e)s des prestataires ayant reçu une formation sur les techniques de conseil effectuaient davantage de visites de suivi que ceux dont les prestataires n'avaient pas reçu de formation. Un second exemple est une étude effectuée par Dietrich, Guilkey et Mancini (1998). Cette étude établit un lien entre les données des établissements et des ménages tirées d'une étude EDS en Tanzanie ; les auteurs ont trouvé que si un établissement comptait au moins deux prestataires formés, 11 à 23 visites de suivi supplémentaires pour la planification familiale ont eu lieu (à savoir, des usagers

nouveaux et existants), par rapport aux établissements n'ayant pas de prestataires formés. À moins que les gestionnaires de programme et les bailleurs de fonds ne soient disposés à réserver des fonds à de telles études spéciales, ils opèrent tout simplement sur **l'hypothèse** qu'une bonne formation a pour résultat une meilleure performance et une meilleure qualité des soins dans le contexte de la prestation de services.

Il n'existe pas de terme universellement reconnu, ni en français, ni anglais, servant à décrire une personne qui participe à une formation. Dans cette section, nous avons employé le terme de « stagiaire », mais nous sommes conscients qu'il existe d'autres termes tels que « participant » (qui sous-entend une implication plus forte), « apprenant » (qui indique le fait d'absorber de nouvelles connaissances et compétences), ou « étudiant » (utilisé surtout dans une institution de formation avant le travail). Nous encourageons les lecteurs à utiliser le terme le plus employé dans le contexte de travail qui leur est propre ou est le plus adéquat pour l'activité dont il est question.

Une proportion importante du personnel à former dans le contexte des programmes en SR travaillera dans un cadre clinique, tel qu'une clinique de planification familiale, un centre de traitement des IST ou une salle des soins obstétricaux. Toutefois, une part croissante des personnes à former travaillera aussi dans un cadre non clinique ; de tels groupes comprennent les travailleurs communautaires dans le domaine de la santé, les enseignants, les éducateurs pairs, les journalistes, les groupes de femmes et autres. Alors que dans cette section, l'accent est mis sur la formation pour la prestation de services, il est possible d'adapter de nombreux concepts à d'autres types de mise en œuvre de programmes.

Les défis méthodologiques de l'évaluation des programmes de formation.

Parmi les défis méthodologiques particuliers à l'évaluation de programmes de formation, on trouve les suivants :

- **La « formation » existe sous différentes formes et à différents niveaux d'intensité.**

Il arrivera que seulement deux heures suffisent à un programme de formation donné pour répondre à certains objectifs d'apprentissage ; pour d'autres, il faudra au moins un mois. Qui plus est, la « formation » peut être une activité isolée (généralement le cas dans le passé),

ou elle peut constituer un élément d'un programme en cours et intégré, afin de faire face à de multiples problèmes dans le contexte de la prestation de services. Dans ce cas, il faut que l'évaluateur précise quel est le **type de formation** en train d'être évalué et quels en sont les objectifs souhaités.

- **La formation est conçue pour avoir un effet multiplicateur, mais il est rare que l'évaluation de la formation prenne en compte de tels effets.**

La formation se déroule sous de nombreuses formes (ou types de formations), et niveaux d'intensité. Certains programmes de formation ne sont mis en place que dans le but d'avoir des effets multiplicateurs, tel que la « formation en cascades » (par exemple, les employés d'un niveau du programme sont tous formés en un même lieu central). Ces formateurs commenceront ensuite à former des groupes de prestataires. Avec le temps, les formateurs d'origine forment d'autres formateurs. Une « cascade » se produit à partir du groupe de formateurs initial, mais toute la formation est fondée sur des normes et un matériel spécifiques. D'autres programmes de formation, bien que n'étant pas fondés sur le modèle de la cascade, pourront provoquer, de fait, un effet d'entraînement lorsque la personne ayant reçu la formation retourne dans le cadre de la prestation de services. Par exemple, il arrivera qu'un prestataire formé partage des connaissances et du savoir-faire avec ses collègues, soit de façon formelle à travers une formation structurée sur les lieux de travail, ou de façon informelle en parlant des nouvelles connaissances, ou en partageant le matériel de formation. Un prestataire formé pourra être immédiatement promu à un autre niveau de soins ou à un autre poste administratif. Pour cette raison, les évaluateurs pourront avoir des difficultés à discerner les effets ajoutés ou amplifiés à ce niveau-là. Théoriquement, il faudrait mener une étude spéciale afin de rendre compte des effets de la formation aux niveaux différents du système. Une telle étude serait cependant complexe et coûteuse. Dans la pratique, les effets multiplicateurs de la formation ont tendance à ne pas être remarqués dans le processus d'évaluation. Cependant, si de tels effets étaient des objectifs ouverts (et si des ressources humaines et financières adéquates étaient disponibles), les évaluateurs pourraient les mesurer.

- **Si les organisations ne choisissent pas les participants adéquats, la formation, même bien menée, n'a que peu de valeur pour le programme.**

La formation sous sa forme la plus traditionnelle, à savoir, en groupes, est souvent vue comme étant « avantageuse ». Elle permet à un individu d'obtenir des compétences nouvelles (et en général facilement commercialisables) et ce, souvent dans un environnement agréable, loin des pressions ou de la routine du lieu de travail. Un avantage supplémentaire est le paiement en espèces servant à payer les frais de subsistance (dans le cas d'une formation au sens traditionnel, à l'extérieur du lieu de travail). Il arrive ainsi que la demande pour participer à une formation donnée soit plus élevée que le nombre de places disponibles. De plus, il arrivera aussi que des personnalités officielles occupant des postes élevés utilisent les possibilités de formation comme un moyen de retourner une faveur, même si la personne sélectionnée n'est pas forcément la plus adéquate. Par exemple, des organisations envoient parfois des membres du personnel administratif suivre des cours à l'intention de cliniciens, et des possibilités se trouvent ainsi gaspillées. Autant le niveau d'ancienneté que la politique jouent un rôle dans la sélection des participants à la formation. Tout en espérant que cette pratique est en train de disparaître, nous sommes conscients qu'elle constitue un problème dans l'évaluation des effets de la formation sur le contexte de la prestation de services. Les organisations de formation ont trouvé plusieurs moyens de faire face à ce problème. Certains ont développé des moyens de faire en sorte que les personnes adéquates assistent à la formation tout en s'assurant que les membres du personnel du niveau d'administrateur (parfois envoyés à un cours de formation pour offrir leur soutien) soient impliqués dans le processus de formation, mais d'une façon différente. Une autre solution développée par de nombreuses organisations est d'utiliser de nouvelles approches à la formation, telles que l'enseignement à distance, l'apprentissage autodirigé, l'enseignement par les pairs, et la formation sur le lieu du travail.

- **Les directives et les normes servant à évaluer la performance peuvent varier selon les pays.**

De nombreux indicateurs renvoient à des directives ou à des normes servant à l'évaluation des pratiques des prestataires de services. Il existe des normes internationales, telles que les Critères d'éligibilité médicale de l'OMS ou la Liste de contrôle pour les clientes des services à base communautaire (SBC) voulant commencer l'utilisation des contraceptifs oraux combinés (COC) (Stang, Scwingl et Rivera, 2000 ; Groupe de travail sur le conseil et les compétences techniques, 1997 et 2001). Cependant, la plupart des gouvernements préfèrent mettre en place leurs propres

normes et directives (ou adapter à leur situation les normes internationales). La création de normes particulières au pays offre des avantages, en particulier le fait que ces normes s'appliquent au contexte local. En effet, il n'est pas réaliste de penser qu'un pays en voie de développement, très pauvre, sera en mesure de fournir des soins de la même qualité qu'un pays qui est « diplômé » et n'a plus besoin du soutien financier des bailleurs de fonds dans un domaine donné. Le niveau d'engagement est meilleur lorsque les normes ont été développées avec la participation locale. Cependant, avec des directives et des normes locales, il est difficile de comparer les résultats entre pays. Étant donné que le but principal de l'évaluation de programmes est l'amélioration de la mise en œuvre des programmes de prestation de services dans le contexte d'un pays donné, le fait que les normes varient entre pays ne devrait pas constituer une limite importante.

- **Dans l'idéal, il faudrait évaluer la formation en termes de changements dans le contexte de la prestation de services ou des programmes, mais il faut pour cela des ressources techniques et financières.**

Généralement, les programmes de formation sont conçus dans le but d'améliorer le contexte de la prestation de services ou des programmes (par exemple, l'accroissement de l'accès aux services, l'amélioration de la qualité, le fait de rendre le personnel du programme plus sensible aux questions de genre ou l'amélioration de l'intégration de services différents). Ce *Compendium* comprend des indicateurs fournissant une mesure de ces éléments dans le contexte de la prestation de services. (Se référer à la Partie II.H.). Cependant, pour évaluer dans quelle mesure une intervention de formation amène des changements dans ce domaine, il faut une étude expérimentale ou quasi expérimentale, ou une analyse multivariée longitudinale. De nombreuses organisations de formation reconnaissent l'efficacité de la formation, mais ils manquent de ressources financières ou techniques permettant d'effectuer de telles évaluations. (Le sujet de la conception d'études n'est pas couvert par ce manuel, nous renvoyons cependant les lecteurs intéressés au chapitre IV de Bertrand, Magnani et Rutenberg, 1996).

Souvent, une « justification » est exigée pour les programmes de formation, et on s'attend à des exemples concrets de leur efficacité. Pourtant, peu d'administrateurs de programme ou de représentants de bailleurs de fonds sont disposés à financer l'évaluation

de l'efficacité de la formation. Ce problème n'est en rien unique au domaine de la formation, mais il a entravé les progrès de l'évaluation.

- **Ceux qui entreprennent des études expérimentales ou quasi-expérimentales se heurtent à des problèmes de « clustering » (« agglomération ») et de corrélation intra-classe lors de l'évaluation de la formation.**

Souvent, les évaluateurs se servent de l'individu comme unité d'analyse. Mais les individus venant d'un même point de prestation de services ou ceux ayant reçu une formation dans le cadre d'une classe ou d'un groupe offerte par le même formateur sont plus susceptibles d'avoir une performance comparable (moins de variance) que ceux venant de lieux différents et ayant suivi un cours offert par d'autres formateurs. Cette « agglomération » a des ramifications importantes, non seulement en ce qui concerne l'analyse des données, mais aussi pour les calculs que fera l'évaluateur pour déterminer la taille de l'échantillon. Il faudrait que les évaluateurs prennent conseil auprès d'un statisticien ou d'un spécialiste en échantillonnage afin de discuter de la meilleure stratégie à suivre pour faire face à ce problème lors de la conception de l'évaluation.

Deux niveaux d'évaluation

Dans cette section sur les indicateurs concernant la formation, nous faisons la différence entre deux niveaux d'effets : l'**individu**, et l'**organisation**. Dans le passé, l'évaluation de la formation a eu tendance à se concentrer sur les prestataires de services individuels. Mais une tendance croissante vise à l'évaluation des programmes de formation en fonction de leurs effets sur le système de prestation de services (par exemple, le ministère de la santé d'un pays donné). Les cinq premiers indicateurs de ce système correspondent au niveau individuel, alors que les huit autres renvoient au système dans son ensemble (autrement dit, au niveau organisationnel).

LE NOMBRE DE STAGIAIRES, PAR CATÉGORIE D'EMPLOYÉ ET PAR SUJET DE FORMATION

Définition

Le terme de « stagiaire »¹ fait référence à tout type de participant à une formation, quelle qu'en soit la durée. Par « catégorie », on entend les différentes catégories de participant (médecins, infirmières, travailleurs sociaux) ou le sujet traité (par exemple, l'insertion de DIU, les précautions universelles pour la prévention du VIH/SIDA, l'emploi d'un partographe lors de l'accouchement, les techniques d'éducation des pairs, les compétences nécessaires au développement d'un script pour la radio).

Les données nécessaires

Le nombre de personnes (à partir des fiches de présence, à des fins de vérification si nécessaire), le titre de leur poste et le sujet de la formation.

Source(s) de données

Les dossiers relatifs à la formation, d'habitude maintenus par la division de formation, utilisés à la fois à des fins administratives au cours de la formation (par exemple, pour la distribution des per diems) et pour le suivi des personnes en formation à une date ultérieure.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure brute des activités. Les évaluateurs pourront l'utiliser dans le but (1) de voir si un programme ou un projet atteint ses objectifs et/ou (2) d'évaluer les progrès effectués d'année en année. L'« unité de mesure » n'est cependant pas à proprement parler, uniforme en ce sens qu'un stagiaire aura assisté à un atelier d'une journée, alors qu'un autre aura participé à un cours pendant trois mois.

Les évaluateurs pourront utiliser plusieurs moyens pour améliorer cette mesure :

- Noter le nombre de participants par catégorie de formation ;

- Noter le nombre de participants sous forme de pourcentage du nombre prévu pour une année donnée ;
- Noter le nombre de participants en tant que pourcentage du nombre de personnes à former afin de remplir le mandat d'un programme national. Ce nombre est déterminé grâce à une évaluation systématique des besoins avant que ne commencent les activités de formation ; et
- Noter le nombre de personnes ayant terminé le cours avec succès sous forme de pourcentage des personnes qui y sont inscrites.

¹ D'autres termes employés sont : participant, étudiant ou apprenant.

Cet indicateur et la question du genre

En évaluant la formation du point de vue du genre, on considèrera les questions suivantes :

1. Comment les programmes sont-ils élaborés ?
 - Les femmes sont-elles impliquées dans le choix des sujets abordés ?
 - Est-ce que des hommes et des femmes sont impliqués dans la préparation du contenu ?
2. Quel est le contenu du programme ?
 - Est-ce que le langage utilisé fait preuve de sensibilité aux questions de genre ?
 - Est-ce que le contenu est en accord avec les principes de la CIPD sur les droits sexuels et en matière de reproduction ?
 - Est-ce que le contenu aborde les différences liées au genre en ce qui concerne l'accès aux services et leur utilisation ?
3. Qui mène la formation ?
 - Quelle proportion des formateurs est constituée d'hommes ? de femmes ?
 - Quel est le rôle des formateurs femmes comparé au rôle des formateurs hommes ?
4. Quelles sont les méthodes d'enseignement utilisées ?
 - Est-ce que les femmes sont encouragées à s'exprimer autant que les hommes au cours de la formation ? Combien de fois les hommes s'expriment-ils ? Combien de fois les femmes s'expriment-elles ?
 - Qu'est-ce qui est fait pour aider les participantes à surmonter leur timidité dans des groupes incluant aussi des hommes ? Cette question est particulièrement importante dans des sociétés où les groupes mixtes ne sont pas habituels.
5. Qui reçoit la formation ?
 - Quelle est la proportion d'hommes parmi les stagiaires ? De femmes ?
 - Est-ce que les séances de formation ont lieu en des temps et des lieux qui conviennent à la fois aux hommes et aux femmes qui participent, étant données les contraintes fondées sur le genre, telles qu'une mobilité réduite, le manque d'accès à l'argent pour le transport et les responsabilités familiales ?
 - Existe-t-il un plan d'équité permettant de s'assurer que tous les employés aient accès à la formation ?
 - Est-ce que ce plan est mis en application ?

LE NOMBRE/LE POURCENTAGE DE STAGIAIRES QUI MAÎTRISENT DES CONNAISSANCES PERTINENTES

Définition

Il faut que les évaluateurs définissent la « maîtrise » en des termes se rapportant à un contexte donné. Au sens classique, le terme de « maîtrise » renvoie à l'acquisition de connaissances. (Le terme de « compétence » a affaire à la fois aux connaissances et aux aptitudes, comme on le verra dans le cas du prochain indicateur : **Le nombre/pourcentage de stagiaires ayant les compétences pour fournir des services spécifiques une fois leur formation terminée**).

On calculera cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Le nombre de stagiaires ayant maîtrisé les connaissances}}{\text{Le nombre total de stagiaires ayant passé un examen}} \times 100$$

Les données nécessaires

Une liste des individus ; les critères de notation définissant la « maîtrise » ; une maîtrise prouvée des connaissances (par exemple, les résultats obtenus lors des tests).

Source(s) de données

Les documents administratifs (les dossiers relatifs à la formation) ; des examens écrits (par exemple, les tests préalables et finaux sur les connaissances correctes et à jour).

But et questions

Cet indicateur, employé fréquemment dans l'évaluation de la formation, fournit une mesure de la capacité du stagiaire de retenir des informations clés dans le court terme (au cours et à la fin de la formation). Des résultats faibles de tests finaux reflèteront le caractère inadéquat du cours et/ou l'incapacité des stagiaires à assimiler les informations. Toute organisation de formation qui a préparé ou utilisé des manuels de formation a eu l'occasion d'identifier les connaissances qu'une catégorie

de stagiaires devrait acquérir sur un sujet précis. Les tests préalables et finaux fournissent une mesure de ces connaissances.

Les résultats d'examen permettent de se rendre compte si un stagiaire comprend certains éléments clés, même si le nombre et la définition d'éléments clés varient selon le contexte. Les éléments inclus dans le test devraient être les plus pertinents à l'exercice de formation et relatifs à la performance du programme. Si les mêmes questions apparaissent dans des tests subséquents, cet indicateur pourra servir à suivre les tendances dans le temps au niveau d'un programme. Il pourra aussi permettre de voir comment les connaissances sont retenues, et ceci, comme partie intégrante des évaluations formelles de la formation.

Cet indicateur présente deux inconvénients. Premièrement, il n'y a pas assez d'éléments standardisés dans les tests. Certaines organisations de formation ont une liste de questions qu'elles encouragent les organisations de pays receveurs à adopter à des fins d'évaluation sur un sujet donné. Cependant, d'autres pays choisissent de concevoir leurs propres questions. Cette absence de normes rend la comparaison entre résultats obtenus pour cet indicateur difficile, que ce soit entre pays ou à l'intérieur d'un pays donné. Deuxièmement, le concept de « maîtrise » n'est pas le même dans toutes les situations. Par exemple, dans certains pays, la note de passage sera de 60 pour cent, alors que dans d'autres, il faudra un résultat de 100 pour cent pour réussir. L'amélioration des connaissances n'est qu'une seule indication de l'efficacité de la formation, et en soi, cela n'est pas la garantie d'une performance accrue.

Malgré ces inconvénients, les organisations de formation utilisent couramment cet indicateur afin d'effectuer le contrôle de la qualité de la formation menée en conjonction avec leurs activités.

Indicateur

LE NOMBRE/LE POURCENTAGE DE STAGIAIRES AYANT LES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES POUR FOURNIR DES SERVICES SPÉCIFIQUES UNE FOIS LEUR FORMATION TERMINÉE

Définition

Les « compétences » renvoient à la capacité de la stagiaire d'offrir un service en accord avec une norme établie qui pourra varier en fonction du contexte de la formation. Il faut donc que l'évaluateur sache quelle est la norme en vigueur dans le contexte donné. Les organisations de formation se servent du terme de « compétence » pour se référer à l'acquisition d'aptitudes (pour faire preuve d'une aptitude il faut certes souvent des connaissances). L'expression « une fois leur formation terminée » renvoie à l'évaluation finale fournie comme partie intégrante de la formation.

On calcule cet indicateur comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de stagiaires offrant des services en accord avec un ensemble de normes}}{\text{Le nombre total de stagiaires ayant passé un examen}} \times 100$$

Les données nécessaires

Une liste des stagiaires ; des définitions opérationnelles préétablies pour les critères qui déterminent la compétence ; une évaluation de chaque stagiaire par rapport aux normes établies pour certaines activités de prestation de services ou liées au programme, menée par un observateur expert.

Source(s) de données

Les tests de compétences (souvent sous la forme d'une liste de contrôle utilisée par les formateurs et/ou un observateur externe possédant une expertise dans le domaine).

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure des compétences techniques des participants ayant terminé une formation dans un domaine d'aptitudes particulier. Cet indicateur sera le reflet à la fois du caractère adéquat de la formation et de la capacité des stagiaires à assimiler les informations.

Plusieurs organisations de formation œuvrant dans le domaine de la santé de la reproduction ont fait des efforts considérables dans le but de normaliser les éléments sur la liste de contrôle pour des domaines de programme donnés (par exemple, la planification familiale) ainsi que l'interprétation de chaque élément sur la liste (par exemple, qu'est-ce qui caractérise une performance satisfaisante en ce qui concerne cet élément ?).

Il arrivera cependant que sur le terrain, les évaluateurs utilisent des critères inégaux pour définir la compétence. Certains programmes pourront exiger une note de 100 pourcent avant de pouvoir considérer que la personne en formation a acquis les compétences et aptitudes nécessaires. D'autres, cependant, considéreront qu'il y a compétence avec une note de 50 pour cent. Dans certains cas, il arrivera que des normes locales concernant la prestation de services en PF n'existent pas. Dans ce cas, les évaluateurs pourront utiliser des normes internationales.

En général, l'évaluation du niveau de compétence est bien plus complexe et va au delà du simple test de connaissances. La mesure des connaissances est certes plus facile que la mesure du niveau de compétence (en d'autres termes, faire preuve des bonnes aptitudes), mais c'est cette dernière qui est plus à même d'offrir une définition de la qualité des soins offerts par les prestataires.

LE NOMBRE/LE POURCENTAGE DE STAGIAIRES ASSIGNÉS À UN POINT DE PRESTATION DE SERVICES ET À UN POSTE DE TRAVAIL APPROPRIÉS

Définition

Par « stagiaires » on entend les individus ayant participé à un cours/atelier ou une formation spécifiques. Par « assignés à un point de prestation de services appropriés », on entend un point de services qui offre de façon régulière le service pour lequel ces personnes ont été formées (par exemple, le conseil et le dépistage du VIH). « Poste de travail approprié » renvoie au fait qu'on assigne à ces personnes un travail au sein de l'établissement qui leur permet de faire usage des aptitudes acquises au cours de la formation.

On fait le calcul de cet indicateur comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de stagiaires occupant des postes où leur formation est utilisée dans la prestation de services}}{\text{Le nombre total de stagiaires}} \times 100$$

Les données nécessaires

Une liste des personnes formées lors d'un cours ou d'une formation ; le lieu de travail et la description du poste de chaque stagiaire « X mois » (par exemple six) après la formation.

Source(s) de données

Les dossiers de programme des stagiaires ; une liste des postes et titres des employés dans une organisation donnée (par exemple, le ministère de la santé, un réseau ONG de cliniques)

Aussi, on pourra utiliser les enquêtes de suivi auprès des personnes qui ont participé à un cours ou une formation particuliers.

But et questions

Cet indicateur permet de voir dans quelle mesure une organisation bénéficie pleinement de la formation offerte à ses employés. Dans l'idéal, 100 pour cent des employés formés pourront faire usage de leurs aptitudes dans le

contexte de la prestation de services dans un intervalle de temps donné après la formation (par exemple, six mois). Cet indicateur fournit une mesure quantitative de l'efficacité de la formation. En effet, il permet de suivre dans quelle mesure les organisations assignent leurs employés formés à des postes dans les établissements appropriés, leur permettant de profiter des aptitudes dans le domaine de la prestation de services acquises au cours de la formation.

L'inconvénient de cet indicateur est qu'il ne permet pas d'éclairer les raisons pour lesquelles des « écarts » se produisent dans les services – si le pourcentage d'employés assignés aux postes de travail appropriés est beaucoup moins élevé que prévu. Dans un tel cas, l'organisation en question devrait faire une distinction entre l'« endroit auquel la personne a été affectée » et le « poste de travail auquel la personne a été assignée », afin de mieux comprendre les dynamiques existantes.

Dans l'idéal, cet indicateur sera utilisé en conjonction avec le suivant, une mesure du « **nombre/pourcentage de prestataires formés faisant preuve d'une performance selon les directives ou les normes établies** ». Il faudra non seulement que les prestataires formés travaillent dans les établissements appropriés, mais aussi qu'ils effectuent les travaux adéquats aux bons endroits ; on voudrait qu'ils soient aussi en train de faire ce qu'il faut correctement.

Indicateur

LE NOMBRE/LE POURCENTAGE DE PRESTATAIRES FORMÉS FAISANT PREUVE D'UNE PERFORMANCE SELON LES DIRECTIVES OU LES NORMES ÉTABLIES

Définition

Par « prestataires formés », on entend les individus qui ont participé à une ou plusieurs formations.

Le terme de « directives ou normes » renvoie aux critères sous forme écrite adoptés par une organisation dans le but de délimiter les processus ou de mettre en application des procédures spécifiques.

On effectue le calcul de cet indicateur comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de prestataires formés exécutant des procédures selon des directives ou normes établies}}{\text{Le nombre total de prestataires formés sous évaluation}} \times 100$$

Les données nécessaires

La liste des personnes formées ; l'aptitude en question et les normes établies pour cette aptitude ; une évaluation du niveau de compétences des prestataires formés menée par un observateur expert.

Source(s) de données

Les directives et les normes relatives à la prestation de services ; les listes de contrôle et les notes prises par un observateur expert.

Des tests écrits peuvent servir à déterminer le niveau de connaissances ou de mise en pratique déclaré de la performance par rapport aux normes.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure de ce qui a été retenu en termes d'aptitudes acquises au cours de la formation. Il permet aussi d'identifier les personnes qui doivent soit refaire la formation, soit être promues. Cette mesure évalue à la fois la capacité qu'à la formation de transmettre ces aptitudes et la capacité des personnes en formation d'assimiler et de retenir les informations et les aptitudes avec le temps.

Avec cet indicateur, on va au-delà du précédent, pour s'assurer que les prestataires sont en mesure de faire leur travail (un ensemble d'aptitudes et de services variés), en accord avec les normes de leur lieu de travail. Cette mesure de la performance dans le contexte du travail habituel ou au cours d'une journée de travail, et non seulement d'une aptitude acquise lors d'une formation.

Si un prestataire formé ne parvient pas à retenir les techniques acquises, il est important d'essayer de savoir pourquoi. Parmi les explications possibles, on trouvera peut-être un manque de pratique continue du fait d'un niveau de clientèle faible, ou que trop de temps s'est écoulé depuis la formation, ou encore pas assez de renforcement sur le lieu de travail. Inversement, un prestataire pourra améliorer ses compétences en travaillant constamment au cours des mois suivant la formation. De fait, cet indicateur représente moins le reflet de la qualité de la formation que celui du contexte de travail après la formation (par exemple, le type de supervision effectué et sa fréquence, de même que la demande en matière de compétences).

Les évaluateurs pourront employer cet indicateur après un certain intervalle de temps suivant la formation (par exemple, 6 mois, 12 mois), avec ceux qui ont participé au cours ou à l'atelier. D'un autre côté, les évaluateurs pourront employer cet indicateur pour **tous** les prestataires de services à l'intérieur du système afin de se rendre compte à la fois du niveau de couverture de la formation et de la qualité de l'enseignement (en d'autres termes, le nombre ou le pourcentage de prestataires faisant preuve d'une performance selon les directives ou normes établies).

LE NOMBRE/LE POURCENTAGE DE FORMATIONS QUI ATTEIGNENT LES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Définition

Les « objectifs » sont exposés dans le programme de la formation.

On effectue le calcul de cet indicateur comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de cours qui atteignent les objectifs définis}}{\text{Le nombre total de cours évalués}} \times 100$$

Les évaluations sont sujettes à un biais de courtoisie, en particulier si les participants doutent du caractère confidentiel de l'exercice ou s'ils ont développé une relation interpersonnelle positive vis-à-vis des formateurs au cours de la formation. Le meilleur moyen de diminuer l'effet de ce biais, pour ceux qui effectuent l'évaluation, sera d'accentuer que les réponses resteront confidentielles et aviser les participants de ne pas mettre leur nom sur les formulaires d'évaluation.

Les données nécessaires

[S'il s'agit d'une évaluation par les participants] La réponse à la question : « À votre avis, est-ce que le cours/l'atelier a atteint les objectifs définis au cours de la première séance ? ».

[S'il s'agit d'une évaluation par un observateur indépendant possédant une expertise dans le sujet] Un examen du contenu du cours/de l'atelier et l'observation de l'acquisition des connaissances et des aptitudes par les personnes en formation.

Source(s) de données

Une évaluation de la formation par les participants, une fois la formation terminée ; ou les notes prises par un observateur indépendant.

But et questions

Avec cet indicateur, le but est de déterminer dans quelle mesure le contenu de la formation fournit aux participants les connaissances et les techniques définies par les objectifs du cours/ de l'atelier. L'évaluation par les formateurs ou les participants est très utilisée dans le cadre de séances de formation pour le personnel dans le secteur des services. Pour les cours de formation des formateurs, l'observation par un observateur indépendant possédant une expertise dans le sujet est encore plus répandue.

L'ORGANISATION A LES CAPACITÉS DE MAINTENIR UN SYSTÈME D'INFORMATION FONCTIONNEL CONCERNANT SON PROGRAMME DE FORMATION

Définition

La capacité d'une organisation d'utiliser son système d'informations dans le but d'effectuer le suivi de ses activités de formation.

L'« organisation » peut être le ministère de la santé, une organisation non gouvernementale ou toute autre organisation chargée de la formation au niveau national, régional ou institutionnel. Par « capacités », on entend le personnel, les logiciels et autres mécanismes nécessaires à un système d'information. Le terme de « système d'informations » renvoie à une base de données contenant des informations (de préférence informatisées) permettant un accès facile aux informations clés.

Les données nécessaires

Une preuve de l'existence d'un système qui fonctionne et de l'usage de ce système pour la prise de décisions reliée à la formation.

Source(s) de données

Une évaluation effectuée par un expert externe.

But et questions

Un élément servant à mesurer les capacités en termes d'institutionnalisation de la formation se trouve dans la capacité, à l'intérieur du système, de décrire les nombreux indicateurs aux niveaux national, régional ou institutionnel de l'activité de formation. Parmi ceux-là, on trouve : le nombre de personnes formées, les caractéristiques des formateurs et personnes formées, le contenu des cours/ateliers, le nombre de séances ou de méthodes utilisées, le nombre d'heures de présence, les normes de compétence utilisées pour chaque catégorie, le pourcentage de ceux qui répondent à ces normes et le coût de la formation.

Dans le passé, les programmes de formation avaient tendance à effectuer le suivi de leur « performance » en indiquant le volume d'activités menées : le nombre et le type de personnes formées, le nombre de cours/ateliers

donnés, le nombre d'heures de présence et ainsi de suite. Ce genre de « petite comptabilité » peut certes répondre à certains besoins dans le cadre d'institutions locales, mais dans un contexte de formation plus sophistiqué, on mettra l'accent moins sur ces mesures d'activité, et davantage sur les résultats obtenus.

Les buts de la création d'un système d'informations sur la formation (SIF) sont :

- De voir qui a reçu une formation et dans quel domaine (afin de voir où sont les manques) ;
- D'évaluer de quelle manière les organisations ont choisi leurs formateurs et de voir qui ces organisations devraient choisir pour participer aux formations ;
- D'établir un lien avec d'autres sources de données afin de mesurer les effets de la formation sur la prestation de services ; et
- De maximiser le rapport coût-efficacité de la formation.

Une des organisations de formation utilise les critères de référence suivants, pour évaluer le progrès dans la mise en place d'un SIF :

- Les critères sont élaborés et mis à jour dans le but de choisir les participants adéquats à une formation clinique en SR ;
- Un SIF a été mis en place aux niveaux national, régional ou institutionnel permettant d'indiquer le nombre de professionnels spécialisés en SR qui sont formés, en précisant les méthodes et l'encadrement (à partir de ceux et celles qui sont éligibles ou ont besoin de formation) ;
- Le SIF établit un lien entre les statistiques sur la formation et les informations sur la prestation de services, afin de rendre visibles les lacunes dans la prestation de services ; et

- Un mécanisme est en place permettant de vérifier si le nombre de prestataires disponibles (ou en formation pour la prestation de services en SR) est suffisant pour répondre aux besoins présents ou changeants de la prestation de services, exprimé en termes de méthode et d'encadrement.

Un bon SIF permet à une institution d'éviter les redondances ; elle lui permet aussi d'établir des plans de formation en accord avec les besoins, de remplacer les capacités perdues à cause d'un niveau élevé de renouvellement du personnel et d'améliorer les apports à la formation (tels que de meilleurs formateurs, de meilleurs programmes, la mise en œuvre de meilleures pratiques).

Indicateur

LE NOMBRE DE PROFESSEURS ET DE FORMATEURS QUI UTILISENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES DE FORMATION ESSENTIELLES SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Définition

Par « professeurs et formateurs », on entend les personnes ayant des connaissances dans le domaine en question et qui sont désignées à améliorer les connaissances et les compétences à travers des activités de formation d'une organisation donnée. «L'utilisation des compétences professionnelles de formation essentielles» relève du contexte particulier. L'expression « sur le lieu de travail » indique une évaluation qui se déroule dans le contexte du lieu de travail même (en même temps que la formation ou que la prestation de services).

Les données nécessaires

Une liste de contrôle contenant les compétences dont le professeur ou le formateur devrait faire preuve.

Source(s) de données

L'observation des professeurs et formateurs en train de donner leurs cours, pratiquée par un expert externe.

But et questions

Une des mesures importantes des capacités institutionnelles en matière de formation se trouve dans la capacité du personnel à mener des activités de formation en utilisant les techniques les plus novatrices. Celles-ci comprennent l'emploi d'activités d'apprentissage participatives, les démonstrations et le fait d'inciter les participants à pratiquer en utilisant les outils de travail pertinents, le fait de résumer les messages essentiels, et l'utilisation d'encouragements plutôt que de critiques négatives. Ces techniques actuelles de l'enseignement aux adultes font fortement contraste avec le « format salle de classe » qui a caractérisé la formation dans le passé. Celle-ci est une technique beaucoup moins efficace en ce qui concerne l'atteinte des objectifs d'apprentissage pour des apprenants adultes, tout particulièrement ceux qui ont un niveau d'éducation moins élevé.

Il faut que l'évaluation ait lieu dans l'endroit même où se déroule la formation, et pas dans un contexte simulé. Avec une telle mesure il sera possible d'effectuer

l'évaluation la plus juste de la performance d'un individu face au groupe de personnes qu'il est en train de former. Cela laissera aussi de l'espace pour le feedback en vue d'améliorer la performance à l'avenir.

Les évaluateurs devraient partager les résultats de leurs évaluations, et en parler avec les personnes évaluées. Ainsi, les professeurs et formateurs pourront utiliser ce feedback, et améliorer leurs techniques d'enseignement et donc la qualité de la formation. L'organisation n'obtiendra que peu de résultats si elle parle de la qualité de la formation sans apporter de feedback aux personnes impliquées.

L'ORGANISATION POSSÈDE UN PROCESSUS SYSTÉMATIQUE POUR LE SUIVI ET LE SOUTIEN DES STAGIAIRES APRÈS LA FORMATION

Définition

Le processus systématique pour le « suivi » renvoie au mécanisme mis en place permettant à l'organisation de formation de trouver une personne qui a suivi une formation et de communiquer avec elle à des moments précis après la formation (par exemple, six mois, un an). Par « soutien aux stagiaires » on entend les mécanismes permettant à l'organisation de formation de répondre aux questions, aux doutes ou problèmes que pourraient avoir les prestataires formés dans le contexte de la prestation de services. (Note : ce processus fait partie du continuum formé par le processus de « transfert de la formation » fournissant un soutien avant, pendant et après la formation). Le cours de remise à niveau (recyclage) est un des mécanismes de soutien aux personnes ayant reçu une formation, longtemps après que la formation initiale ait eu lieu.

Les données nécessaires

Les listes de personnes ayant reçu une formation ; une preuve d'une tentative de contacter chaque personne individuellement après la formation, avec le pourcentage de personnes effectivement rejointes et le résultat de ce contact.

Source(s) de données

Les dossiers relatifs au programme qui seront étudiées par un évaluateur externe, fournis par le personnel chargé de cette activité.

But et questions

Les nouvelles normes relatives à la qualité de la formation exigent de la part des organisations qu'elles effectuent le suivi des personnes formées à l'intérieur de leur système. Ceci diffère de la « stratégie de formation et relâche » utilisée dans le passé. Par exemple, les programmes de formation financés par l'USAID mettent l'accent sur « l'amélioration de la performance » (une description détaillée se trouve en annexe C). Il faut dans ce cas que l'organisation de formation estime où sont ses lacunes dans le contexte de la prestation de services qui entravent

le travail des prestataires de service ou les empêchent d'exécuter leurs devoirs de façon efficace. Dans le même ordre d'idées, cet indicateur montre dans quelle mesure une organisation de formation reste en contact avec les personnes qu'elle a formées et cherche à identifier et à répondre aux problèmes que les employés pourraient affronter après la formation lorsqu'ils retournent dans le contexte de prestation de services.

Certaines organisations préféreront élaborer un indicateur parallèle ou semblable, tel que le nombre de programmes de formation relié à d'autres systèmes de soutien au programme. Un système de soutien à la performance permet non seulement d'effectuer le transfert de telles compétences vers le lieu de travail, mais il accroît aussi la possibilité d'une meilleure performance, en ce sens qu'il rend l'environnement de travail du prestataire favorable à ce transfert des compétences. Pour ce qui est de l'amélioration de la performance, ce lien entre la formation et le soutien à la performance qui en résulte est essentiel. Il contribue en effet à rendre l'expérience positive pour la clientèle du système. Cependant, assez peu de travaux ont été effectués jusqu'à présent visant à mesurer et à évaluer ce type de lien. Cet indicateur sur le nombre de programmes de formation reliés à d'autres systèmes de soutien à la performance est donc présenté en tant qu'indicateur à l'état d'ébauche qui doit encore être mis à l'épreuve.

Indicateur

L'EXISTENCE D'UNE STRATÉGIE DE FORMATION FONDÉE SUR L'ÉVALUATION DES BESOINS, VISANT À AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA PRESTATION DE SERVICES

Définition

Par « fondée sur l'évaluation des besoins », on entend l'utilisation d'une collecte systématique des informations à partir de sources pertinentes et multiples. Celles-ci indiquent quels sont les domaines dans lesquels les prestataires de services devraient recevoir une formation et quelles sont les catégories de prestataires de services qui devraient bénéficier d'une formation.

L'« évaluation des besoins » présente une description du système de prestation de service existant et identifie les lacunes au niveau de la performance des prestataires, entre ce qui est souhaité et ce qui est. Elle permet d'étudier les composantes décrites ci-dessous sous la rubrique stratégie de formation et pourra être centrée sur un seul ou un ensemble réduit de services. Il pourra s'agir aussi (mais cela est rarement le cas), d'une évaluation du système de services de santé dans son ensemble.

Cet indicateur ne fournit pas précisément une mesure de l'efficacité de la stratégie visant à améliorer la qualité. Plutôt, il relève des objectifs des programmes de formation, qui sont l'amélioration de la performance et l'accroissement de la qualité des soins (pour de plus amples détails, voir l'annexe C de ce *Compendium*).

Les données nécessaires

Une preuve qu'une évaluation des besoins a été menée et utilisée dans l'élaboration de la stratégie ; des informations venant des personnes impliquées dans l'élaboration de la stratégie.

Source(s) de données

Les dossiers relatifs au programme ; des entrevues auprès de personnes chargées de la stratégie.

But et questions

Une stratégie de formation détaillée est essentielle à une formation efficace. Certes, une stratégie de formation n'est pas la garantie de l'efficacité des résultats. Cependant, l'absence de stratégie de formation révèle

des efforts ponctuels portant peu d'attention aux priorités ou aux besoins ressentis au sein du système.

La stratégie de formation met en relief une approche intégrée à l'amélioration de la prestation de services en SR par la normalisation et la mise en œuvre de l'éducation avant d'entrer en service, d'une part, et la formation sur le lieu de travail, d'autre part ; le tout est soutenu par les directives ou les normes nationales. Cette stratégie s'ajoute aux besoins identifiés en matière de prestation de services en SR (à partir de documents et de plans du gouvernement). Elle fournit aussi une description du rôle que peut jouer un système complet de formation et d'éducation en matière de SR au niveau de ce secteur. En plus d'une description des diverses institutions, organisations et employés, cette stratégie comprend les composantes sectorielles suivantes :

- L'attribution de licences ou la certification des prestataires ;
- Les affectations des prestataires ou les postes qui leur sont assignés ;
- La supervision des prestataires ;
- Les qualifications ou le développement des formateurs ; et
- Les critères de sélection des participants.

Il faudrait aussi que la stratégie de formation contienne les composantes d'un programme de formation en SR, telles que les suivantes, avant et pendant l'entrée au service :

- Les éléments de programme en SR et les emplois du temps ;
- Le personnel/les enseignants (enseignement en classe, pratique clinique) ;
- Les outils de formation ;
- Les sites pour la formation clinique ;
- Un système de suivi de la qualité ; et
- Des systèmes d'information sur la formation.

Pour qu'une stratégie de formation soit efficace, il faut un engagement au niveau local. Dans l'idéal, le personnel de direction de l'organisation de formation jouera un rôle clé dans l'élaboration de la stratégie de formation, avec ou sans la collaboration de consultants externes. Sans cet apport local, la stratégie de formation ne recevra que très peu de soutien des niveaux hiérarchiques les plus élevés de l'organisation locale en question. Elles finiraient au contraire par rejeter la stratégie, sous prétexte qu'elle ne serait pas suffisamment applicable, serait erronée ou encore qu'elle serait imposée par l'extérieur.

L'ORGANISATION ÉVALUE SON PROGRAMME DE FORMATION DE FAÇON SYSTÉMATIQUE AFIN D'EN AMÉLIORER L'EFFICACITÉ

Définition

Pour une évaluation systématique de ses programmes de formation, une organisation utilise couramment des indicateurs, tels que les cinq premiers qui ont été présentés dans cette section, et les applique à ses activités de formation. Il faut pour cela effectuer une collecte et une analyse systématique des données et rapporter les résultats aux personnes impliquées dans la formation.

Les données nécessaires

Une liste de tous les ateliers de formation ; une liste des indicateurs et instruments de mesure utilisés dans leur évaluation ; et une copie des résultats.

Source(s) de données

Les dossiers relatifs au programme ; des études spéciales thématiques.

But et questions

Les organisations de formation cherchent à développer une « culture de l'évaluation » dans le but d'améliorer leurs programmes. Cet indicateur permet d'illustrer l'évolution de cette tendance. Il fournit une preuve concrète de ce que les organisations (ou unités) de formation sont en train d'essayer d'obtenir un feedback de façon systématique et d'en discuter avec les personnes impliquées dans la formation.

L'évaluation de la formation devrait faire partie intégrante de la stratégie de formation ; il faudrait que l'institution ait un évaluateur parmi ses employés. L'évaluation des formations devrait étudier de façon systématique les capacités des formateurs, le matériel de formation qu'ils utilisent, leurs outils et leurs méthodes, et la méthodologie d'évaluation elle-même (par exemple, voir si les listes de contrôle fournissent une mesure des domaines prévus, si elles doivent être mises à jour, comment adapter les tests à différents publics).

Si possible, dans un programme de formation normal, l'étude de la performance dans le travail après la formation – l'évaluation de niveau 3 dans le cadre de l'évaluation

de la formation par Kirkpatrick (1998) – devrait avoir lieu tous les deux ou trois ans. Entre temps, on peut montrer dans quelle direction vont les changements au niveau de la performance, en formant des formateurs pour qu'ils soient aussi des évaluateurs (en collaboration avec les superviseurs d'unité) et en adaptant les outils de formation (tests de connaissances, listes de contrôle des compétences) à utiliser pour le suivi ou l'observation.

L'évaluation de la formation peut se présenter sous plusieurs formes, allant de la plus simple à la plus élaborée. Tout au moins, les programmes de formation évalueront le niveau d'apprentissage en utilisant des tests de connaissances préalables et finaux. Cependant, peu de programmes de formation considèrent que les tests suffisent à évaluer un cours/atelier. Dans la plupart des cas, on préférera (lorsque les fonds le permettent) étudier le niveau des compétences des prestataires formés, juste après qu'ils aient terminé le cours/l'atelier, mais aussi X mois plus tard (par exemple, 6 mois, 12 mois).

Ces méthodes d'évaluation s'intéressent à l'individu qui a reçu la formation. En revanche, de nombreux indicateurs contenus dans cette section renvoient à la capacité organisationnelle d'un système au niveau de la conception et de la mise en œuvre d'une formation efficace. Cependant, si l'on veut vraiment évaluer l'efficacité de la formation, il faut établir un lien entre l'activité de formation et les améliorations dans le contexte de la prestation de services. Pour établir ce lien, il faut mener une étude spéciale, de forme quasi-expérimentale. Dans cette étude, on comparera un groupe de cliniques dont les prestataires ont reçu une formation à un groupe de cliniques dont les prestataires n'ont pas encore reçu de formation. Ce genre d'étude en recherche opérationnelle est plutôt rare, à cause des ressources nécessaires et de la charge que cela ajoute à la prestation de services pour garder « tous les autres éléments constants ». Cependant, il faudra entreprendre de telles études si l'on souhaite montrer de manière définitive le lien entre la formation et l'amélioration au niveau du contexte de la prestation de services. D'autres

techniques impliquent l'utilisation d'une analyse multivariée incorporant des données issues d'enquêtes au sein des établissements ainsi qu'auprès des ménages (voir, par exemple, Dietrich, Guilkey et Mancini, 1998). Sans cela, on travaille simplement avec l'hypothèse qu'en améliorant les compétences des formateurs individuels et en augmentant le nombre d'endroits où ils travaillent, la qualité et l'accès aux services s'amélioreront.

Une étude a été effectuée en Indonésie (Kim et al., 2000) au sujet du renforcement grâce aux autoévaluations et aux groupes de soutien pour les prestataires. Les résultats montrent qu'en six mois, les prestataires avaient perdu des compétences et des connaissances acquises au cours d'une formation, sauf ceux qui avaient fait des exercices d'autoévaluation. Ces derniers avaient effectivement fait des progrès.

LES CAPACITÉS PROUVÉES DE METTRE EN OEUVRE DES FORMATIONS DE FAÇON SOUTENUE**Définition**

La nature de la « formation » varie en fonction des domaines de la prestation de services qui intéressent l'organisation. Mais dans ce cas, il s'agira de différents domaines en matière de santé de la reproduction. Par l'expression « de façon soutenue », on entend la capacité prouvée de maintenir une activité au cours d'une longue période (par exemple, de 3 à 5 ans), tout en réduisant le niveau de soutien externe.

Les données nécessaires

Des preuves de la mise en œuvre et du suivi d'une stratégie à long terme ; des plans de travail élaborés dans le contexte du pays ou de l'organisation dans le but d'identifier les besoins ; de preuves que des évaluations et des revues mises à jour ont lieu.

L'évaluation du budget, y compris le pourcentage des fonds provenant des revenus internes allant à la formation ; aussi, le fait que l'institution fasse preuve de la capacité de concevoir des projets de formation, y compris des évaluations, et d'obtenir du financement. Un passage en revue des ressources humaines et de l'équipement ; une liste des activités de formation complétées ou répétées au cours des trois dernières années et des plans avec les projections (stratégiques, de longue portée).

Source(s) de données

Une évaluation effectuée par un évaluateur externe possédant une expertise dans le domaine de la formation.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure de la capacité d'offrir une formation de bonne qualité, et ce, de façon soutenue, avec le moins d'apports extérieurs possible – voilà l'idéal pour la plupart des organisations de formation.

Cet indicateur est plus difficile à évaluer que les autres qui se trouvent dans cette section. Cela vient de la nature subjective de la « capacité » et de l'absence de définitions opérationnelles normalisées de ce qu'on entend par « de façon soutenue ». Un autre indicateur, plus concret et peut-être plus pratique, est le nombre de lieux et de centres de formation dont la performance est en accord avec les normes de qualité de façon régulière et qui ont un niveau de ressources adéquat. On se rappelle que par « ressources », on entend le financement, un nombre suffisant d'employés et de formateurs, et des systèmes organisationnels internes. Il y a un inconvénient avec cet autre indicateur. En effet, il arrivera que l'on ne trouve qu'un seul lieu de formation parvenant à répondre aux besoins d'un pays dans le domaine de la formation, alors que l'on pourra trouver de nombreuses organisations (dans un grand pays) avec encore beaucoup de défauts en matière de formation. Dans ce cas, le nombre n'est pas l'équivalent d'un « caractère adéquat ».

LA CAPACITÉ DE L'ORGANISATION/DU SYSTÈME DE S'ADAPTER AUX BESOINS CHANGEANTS DANS LE DOMAINE DE LA FORMATION

Définition

Les « besoins changeants dans le domaine de la formation » sont les changements que l'on peut identifier et pour lesquels l'organisation doit ajuster ses procédures en matière de formation. Parmi les exemples, on trouve l'introduction d'une nouvelle méthode de contraception (par exemple, NORPLANT®), la demande croissante en services de conseil et de dépistage du VIH, les nouvelles techniques de prévention du cancer du col de l'utérus, la détection de la violence faite aux femmes.

Les données nécessaires

Une liste des changements au niveau de la prestation de services qui ont besoin d'ajustements dans la formation au cours d'une période donnée ; une preuve de la bonne volonté et de la capacité de l'organisation de répondre à ces besoins.

Source(s) de données

La preuve, issue de dossiers relatifs au programme ou d'autres sources, de réunions régulières visant à évaluer les changements nécessaires (par exemple, au moins une fois tous les 6 mois) ; et/ou des données rassemblées grâce à une étude spéciale.

But et questions

Pour être efficaces, les organisations de formation doivent être en mesure de faire face aux changements dans le contexte de la prestation de services et au niveau de leurs opérations. Les évaluateurs auront peut-être des difficultés à délimiter les progrès effectués par une organisation dans ce domaine, précisément du fait qu'aucune liste objective des conditions changeantes dans le contexte de la prestation de services n'existe. De plus, dans toute liste de changements, certains éléments peuvent paraître insignifiants par rapport à d'autres qui ont des répercussions plus importantes dans le domaine de la santé publique. Ainsi, on ne pourra accorder le même poids aux deux sortes de changements.

Cet indicateur s'applique particulièrement aux évaluations d'ensemble d'une organisation concernant ses capacités en formation, menées par un évaluateur externe possédant une expertise dans le sujet de la formation. L'évaluation exige une certaine compréhension du contexte local de prestation de services et ne peut prendre la forme d'une simple « liste de contrôle » ou d'un résumé des points saillants.

Voici deux exemples illustrant la capacité d'une organisation de s'adapter aux besoins dans un contexte changeant :

- En 1995, des formateurs du Conseil national pour la planification familiale du Zimbabwe ont élaboré un module de formation sur les soins après avortement ;
- En 1999, le Centre des études Africains (CAFS) a sollicité le soutien des bailleurs de fonds pour un programme de soins à domicile pour les personnes atteintes du SIDA qui a été développé avec succès.

Partie II.E

Les Produits et la Logistique

- La précision des données logistiques pour la gestion de l'inventaire
- Le pourcentage de centres qui maintiennent des conditions de stockage acceptables
- La différence, exprimée en pourcentage, entre les quantités de produits commandés et les quantités effectivement reçues
- Le nombre de centres, exprimé en pourcentage, ayant connu une rupture de stock pendant une période donnée.
- Le pourcentage de centres dont les niveaux de stock assurent une disponibilité des produits à court terme
- L'outil d'évaluation du système logistique (OESL) – des indicateurs d'ordre qualitatif

LES PRODUITS ET LA LOGISTIQUE

L'élément essentiel de la planification familiale et des opérations travaillant dans le domaine de santé de la reproduction est le suivant : le système pour l'approvisionnement adéquat en contraceptifs et produits connexes aux points de prestation de services (PPS). Sans les produits dont les clientes ont besoin et sans la logistique permettant l'approvisionnement, aucun programme ne peut améliorer de façon significative la santé en matière de reproduction des personnes desservies. En bref, les caractéristiques suivantes sont de vigueur.

Pas de produit ? Pas de programme.

Comme l'illustre la figure II.E.1, les produits sont des intrants (*inputs*) essentiels à tout programme en santé de la reproduction. De plus, les systèmes logistiques font partie des processus clés qui favorisent le succès d'un programme. La figure indiquée ci-dessus montre quels sont les principaux mécanismes et sous-composantes de processus logistiques, y compris la gestion de la logistique, les politiques, les capacités humaines ou organisationnelles et la mobilisation des ressources. On y montre aussi de quelle manière les processus logistiques et les sorties fonctionnelles se rapportent à l'ensemble du cadre conceptuel de la santé de la reproduction. De ces processus et sorties (*outputs*) découlera la disponibilité des produits pour les clientes ; en d'autres termes, le principal effet direct recherché par tout système logistique efficace. La logistique peut ne comprendre que les produits de planification familiale, de façon exclusive (dans le cas de programmes catégoriques). Elle peut aussi inclure un ensemble croissant de produits reliés à la santé de la reproduction et de produits connexes ; tel est de plus en plus le cas dans de nombreux pays. Lorsqu'un programme aura mobilisé des ressources humaines, techniques et financières – avec le moins d'assistance extérieure possible – de sorte que le programme soit constamment en mesure d'assurer la disponibilité des produits, l'accès aux services, et la qualité des soins, alors

le programme aura atteint la sécurité contraceptive/au niveau des produits. Dans la mesure où les systèmes logistiques accroissent la disponibilité des produits et contribuent à sécuriser les produits, ils contribuent aussi à l'accroissement de l'usage des services en santé de la reproduction, et, en fin de compte, à de meilleurs résultats de santé.

Pour s'assurer de la disponibilité en produits, il faut faire attention aux six « bons » (bons éléments), à savoir : les *bons produits*, dans la *bonne quantité*, en *bon état*, livrés au *bon endroit*, au *bon moment*, et au *bon prix/coût*. Comme l'indique la figure II.E.2, le système logistique est souvent décrit comme un cycle contenant les composantes de la sélection des produits (les bons produits), la prévision et l'approvisionnement (les bonnes quantités, le bon prix), la gestion des stocks et la distribution (le bon endroit, moment, coût), et l'approvisionnement des clientes (le bon endroit, moment, prix). Les informations relatives à la prise de décision sont au coeur de ce cycle, au cours duquel la garantie de la qualité et le suivi se produisent. La réponse aux besoins des utilisateurs est l'objectif ultime des systèmes logistiques en santé de la reproduction, et pour cela, il est essentiel de porter attention à chacun des six « bons ».

Le suivi et l'évaluation de la performance des systèmes logistiques pourront être utiles aux gestionnaires, aux bailleurs de fonds et aux autres parties prenantes afin de mieux comprendre cet aspect essentiel des programmes et de trouver les moyens de les améliorer. Lorsque les évaluateurs emploieront les indicateurs dans cette section, il faudra qu'ils tiennent compte des défis existant à plusieurs niveaux des systèmes logistiques. Dans certains cas, il s'agit des systèmes logistiques en général ; dans d'autres cas, il s'agit d'aspects propres aux systèmes intégrés de santé de la reproduction, dans le contexte changeant des systèmes de soins de santé actuels.

Figure II.E.1. Cadre Conceptuel pour la Logistique, les Produits, la Sécurité et les Sorties en Matière de Santé de la Reproduction.

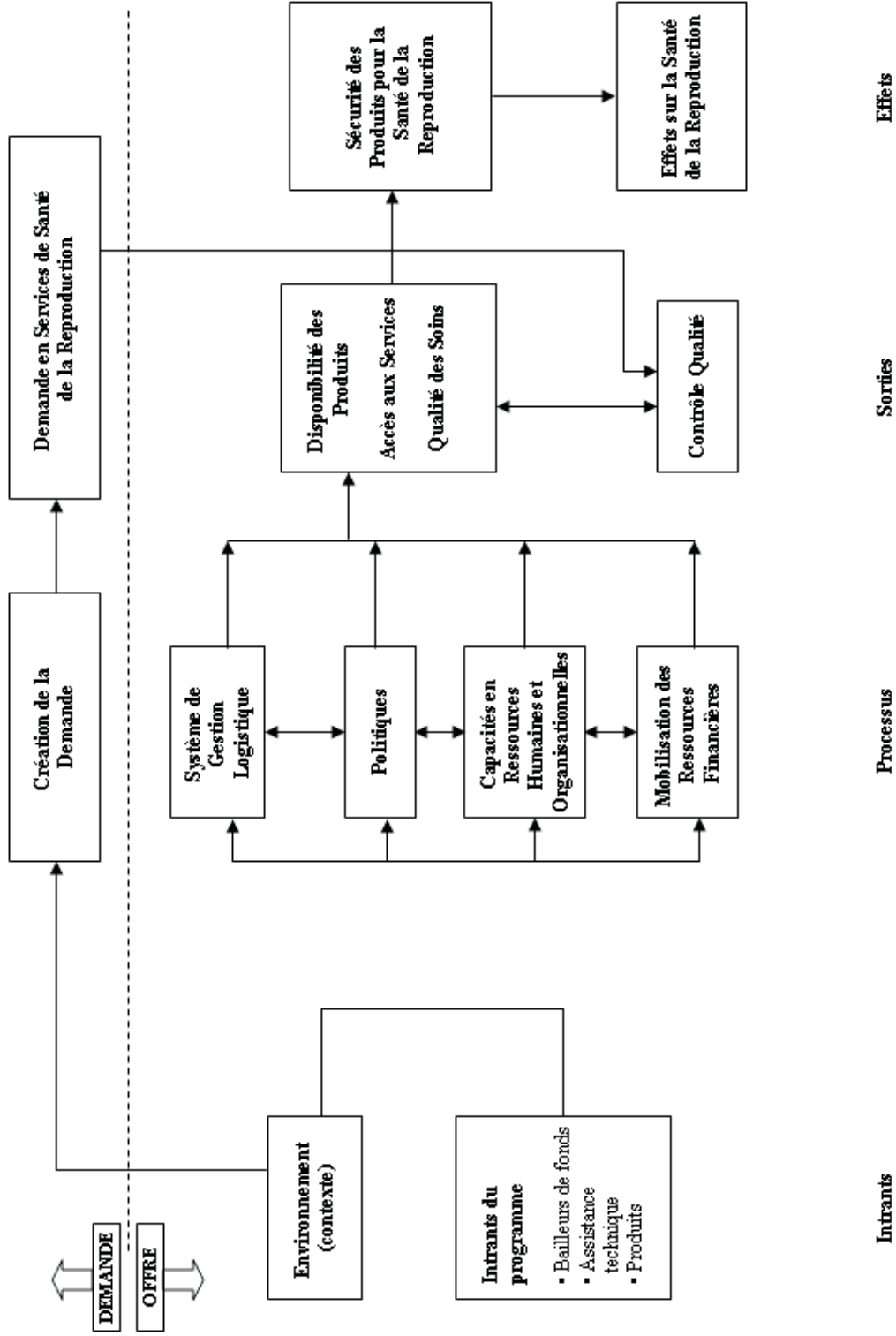
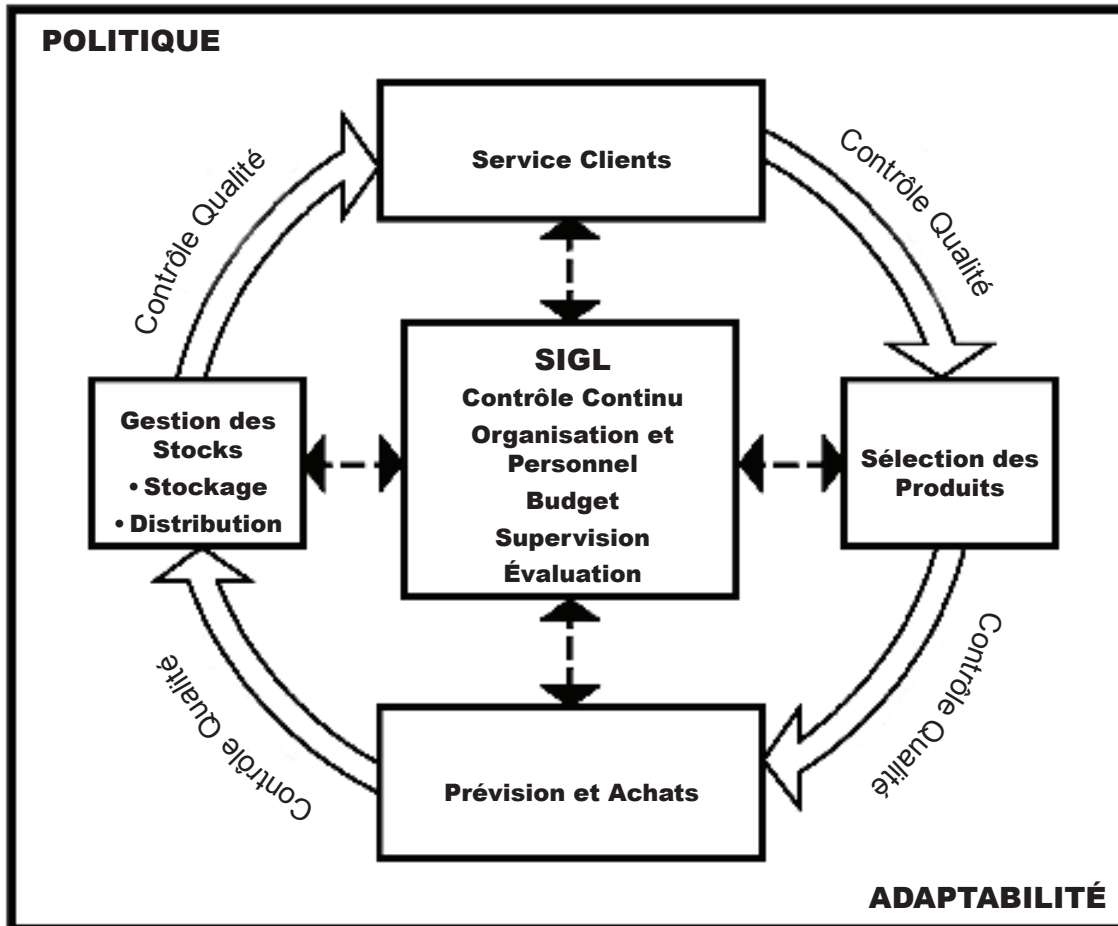


Figure II.E.2. Le Cycle Logistique.



Source en français : Outil d'évaluation du système logistique, DELIVER 2003, website : portalprd1.jsi.com/portal/page?_pageid=93,3144386,93_3144434:93_3144445&_dad=portal&_schema=PORTAL

Parmi les considérations qui s'appliquent à l'évaluation de *tout* système logistique, on trouvera les suivantes :

Les défis méthodologiques de l'évaluation des produits et de la logistique

- Comme dans le cas d'autres composantes de programme, le lien de causalité entre l'amélioration du système logistique et les résultats de santé est complexe et tout à fait indirect.

Outre les produits et la logistique, de nombreux facteurs contribuent aux effets (*outcomes*) à long terme dans le domaine de la santé. Il est rarement possible de prouver l'ampleur de la contribution apportée par des systèmes logistiques efficaces. Il est cependant fort plausible que de meilleurs systèmes et un accroissement de la disponibilité des produits favorise l'utilisation des services et une meilleure santé. La confirmation scientifique de ce fait serait pourtant au-delà de la portée de la plupart des évaluations.

- Les indicateurs dans le domaine de la logistique (tout particulièrement la fréquence des ruptures de stocks et les niveaux de stocks adéquats) sont reliés et devraient être employés conjointement ; s'ils sont interprétés de façon séparée, cela pourrait mener à des conclusions erronées.

Si, par exemple, les évaluateurs appliquaient l'indicateur sur la rupture de stock de façon isolée, cela ne montrerait pas si les produits sont vraiment disponibles *aux clientes*. En effet, si la priorité du programme est d'éviter les ruptures de stock, les prestataires de services pourraient chercher à faire des provisions ou à rationner les produits afin d'éviter d'en manquer. Cette pratique pourra donc bien réduire les ruptures de stock, mais pour les clientes, le résultat sera le même : pas de produit. D'un autre côté, si les évaluateurs utilisent l'indicateur sur les ruptures de stock lorsque les niveaux d'approvisionnement sont adéquats, ils réduiront les résultats contre-productifs. L'indicateur sur l'état des stocks pourra indiquer si il y

a un surplus ou un manque de produit durant un temps et à un lieu donnés. Ceci permettra de voir, de façon indirecte, s'il y a eu rationnement, et de façon directe, si les produits sont en effet disponibles au moment où les clientes en ont besoin.

- **Il faudrait que les évaluateurs interprètent les indicateurs sur la logistique par rapport aux autres indicateurs sur la santé de la reproduction.**

Les systèmes logistiques n'ont pas pour seul objectif de s'assurer que les produits arrivent à destination. En effet, les besoins en produits varient en fonction des interventions de programme, et il est important que ceux qui gèrent la logistique communiquent constamment avec les gestionnaires de programmes pour que les produits soient livrés là où ils pourront être redistribués de manière adéquate. Il faut, par exemple, que la logistique et la formation soient coordonnées. Bien entendu, des contraceptifs tels que les DIU, injectables, et NORPLANT® ne devraient être envoyés qu'à des sites où des prestataires formés pourront les dispenser et où une potentielle demande existe déjà. Au fur et à mesure que les programmes de planification familiale sont intégrés à l'intérieur d'un ensemble plus vaste de services de santé de la reproduction, ces questions gagnent de l'importance pour de plus en plus de produits, tels que les kits pour le dépistage des IST et du VIH, les médicaments pour soigner les IST et les antirétroviraux, les vaccins, et autres. À moins qu'il y ait une bonne coordination entre les activités de programme et la logistique, les programmes risquent d'avoir des produits qui sont expirés, des ruptures de stock. Leurs prestations de services pourront devenir inadéquates, les produits mal employés, et, en fin de compte, les effets au niveau de la santé pourront se détériorer.

- **Pour mesurer certains indicateurs, il faut une connaissance spécialisée dans le domaine de la logistique et une évaluation sur le terrain.**

En général, pour une évaluation complète de la logistique, il faut des visites sur le terrain par un spécialiste en systèmes logistiques. Habituellement, il arrivera que des spécialistes en suivi et évaluation soient chargés de la conception d'outils, de la stratégie d'échantillonnage, de l'entrée et de l'analyse, et que ce soit les experts en logistique qui effectuent la mise en application de ces outils dans les faits. Ces derniers ne possèdent pas toujours de l'expérience en matière de suivi et évaluation. Par exemple, même si en théorie, les

conditions d'entreposage peuvent être autocontrôlées, et les indicateurs d'entreposage relevés grâce à la supervision et aux systèmes SIG, dans la pratique, les visites sur le terrain par un expert en logistique pourra être le seul moyen d'obtenir des informations justes. En plus de cela, pour une évaluation complète de la logistique (utilisant tous les indicateurs proposés), il faut des visites à différentes sortes de site et à différents niveaux, tels que les locaux de l'organisation dans le pays hôte, les entrepôts centraux et de district, et les points de prestation de services. Les informations collectées seront différentes pour chaque site. Ce niveau d'exigence fait que les systèmes de suivi et d'évaluation requièrent potentiellement davantage de ressources que le suivi et l'évaluation d'autres composantes de programme.

Et comme si ces considérations ne rendaient pas déjà l'évaluation des programmes logistiques assez compliquée, des changements récents dans la prestation de services rendent le processus encore plus compliqué. Il n'y a pas longtemps (et encore aujourd'hui dans de nombreux cas), les systèmes logistiques de planification familiale ont servi dans le cadre de programmes catégoriques (ou verticaux). Dans de tels cas, il fallait que ces systèmes logistiques assurent la livraison d'un petit nombre de produits de contraception aux points de livraison pour lesquels ils étaient prévus. Avec le suivi et l'évaluation, on pouvait se concentrer sur l'efficacité de ces systèmes à atteindre cet objectif plutôt simple.

Cependant, au cours des dernières années, deux changements importants ont amené les bailleurs de fonds, les agences de coopération, les gouvernements des pays hôte et les gestionnaires de la logistique à revoir la manière dont les systèmes logistiques relatifs à la planification familiale étaient gérés. Tout d'abord, en 1994, la Conférence des Nations Unies sur la population et le développement (CIPD) a entraîné la nécessité d'une approche intégrée à la planification familiale dans le contexte de la santé de la reproduction, ainsi que l'emphase sur les droits des clientes comme ayant la priorité sur les objectifs démographiques nationaux. Deuxièmement, il y a eu un mouvement d'accélération au niveau efforts de réforme du secteur de la santé dans les pays en voie de développement à travers le monde. Ce mouvement d'accélération, tout comme la CIPD, est allé dans le sens de l'intégration, mais ce, davantage pour des raisons d'efficacité et économiques que pour l'avancement des droits individuels. La réforme du secteur de la santé a aussi mené à la décentralisation et à la privatisation ; ces deux éléments ont soulevés des défis autant que des possibilités, tant pour les

systèmes logistiques que pour d'autres composantes des programmes nationaux en santé de la reproduction. Tous ces changements se sont produits pendant une période où l'engagement des bailleurs de fonds est en train de changer. Ceci a rendu nécessaire une plus grande coordination entre les parties prenantes, une plus grande capacité des systèmes logistiques à s'adapter aux procédures différentes des bailleurs de fonds et plus d'efforts en vue de faire preuve de résultats mesurables concernant les contributions des bailleurs de fonds.

Ces changements ont créé de nouveaux défis méthodologiques pour les évaluateurs des systèmes logistiques au niveau des programmes intégrés en santé de la reproduction.

- **D'un élargissement du mandat de la planification familiale vers une perspective de santé de la reproduction, il faut que les systèmes logistiques gèrent un nombre croissant de produits.**

À lui seul, le nombre de produits ne constitue pas nécessairement un problème, puisque des systèmes logistiques automatisés peuvent très bien gérer des milliers de produits. Mais des systèmes plus importants dépendent des systèmes informatiques, et la plupart des pays en voie de développement n'ont pas encore les ressources ou les capacités permettant l'automatisation. On peut placer ce défi dans son contexte : habituellement, les systèmes logistiques de planification familiale gèrent moins de 20 produits différents, et même souvent moins de 10, et certains sous plusieurs marques. Lorsque la planification familiale est intégrée au sein de programmes tels que ceux axés sur le VIH/SIDA, la santé maternelle et infantile, la gestion intégrée des maladies, et le paludisme, le nombre de produits s'accroît de façon proportionnelle. La complexité du système s'accroît aussi de manière exponentielle. Pour ne choisir qu'un exemple, les programmes sur le VIH/SIDA emploient des produits tels que le matériel de dépistage, de la névirapine (servant à réduire la transmission mère-enfant du VIH), des médicaments antirétroviraux, des médicaments pour soigner les IST, des médicaments pour le traitement des infections opportunistes, du matériel pour le traitement à domicile, ainsi que tout le matériel requis afin de pouvoir fournir ces produits. Avec des produits plus nombreux et plus variés, les systèmes de suivi et d'évaluation ont bien plus de données à enregistrer, analyser et gérer qu'auparavant. Une des conséquences de l'intégration pourrait aussi être la fusion entre les systèmes logistiques et les

systèmes de gestion des données. Il pourra s'agir d'un processus causant la perte de données logistiques essentielles. Dans la pratique, le meilleur moyen d'éviter ce genre de perte sera le maintien et la gestion des SIG logistiques distincts sur la santé. S'il est impossible de les séparer et qu'il y ait fusion entre les deux systèmes, les évaluateurs et les logisticiens devraient mettre en place des systèmes de présentation de rapports de telle sorte que les informations sur la logistique continuent d'être aisément accessibles à ceux qui en ont besoin.

- **Au-delà de la simple question du nombre, les produits supplémentaires apportent des défis spéciaux en matière de prévisions logistiques, d'achats, de stockage et de distribution.**

La demande en matière d'autres produits n'est pas aussi bien connue que la demande en contraceptifs. Il est donc difficile d'effectuer une prévision correcte des besoins. De nombreux produits ont une durée de vie brève, et de ce fait, la planification des achats et la gestion des stocks doit être beaucoup plus précise. L'intégration des systèmes logistiques et la décentralisation rendent le stockage et le transport plus compliqués, et de ce fait, il arrivera que des systèmes qui auparavant convenaient à un programme de planification familiale catégorique ne soient plus adéquats au fur et à mesure que le programme est intégré. Ainsi, il est important que les évaluateurs mesurent et interprètent les indicateurs logistiques de façon à tirer des conclusions adéquates.

Par exemple, au niveau fonctionnel, les préservatifs pour le VIH/SIDA sont comparables aux préservatifs pour la planification familiale, mais ils possèdent un ensemble de caractéristiques uniques et de ce fait il faut de nouveaux moyens pour la gestion de la distribution et de nouvelles stratégies d'évaluation. Non seulement il en faut une quantité accrue (et ceci affecte les décisions relatives au stockage et au transport), mais aussi, les préservatifs contre le VIH/SIDA sont généralement distribués par des voies différentes des sites habituels pour la planification familiale. Pour les préservatifs contre le VIH, les sites pourront varier, allant des bars et des bordels aux marchés, aux écoles, aux lieux de travail, aux arrêts pour routiers, salons de coiffure (pour hommes et femmes) et bien d'autres encore. Du point de vue du suivi et de l'évaluation, de tels sites pourront être bien moins préparés que les sites pour la planification familiale en ce qui concerne l'enregistrement et la transmission des données nécessaires à mesurer les indicateurs.

- **Le manque de beaucoup des produits supplémentaires maintenant gérés est chronique, étant donné que les systèmes de distribution sont fondés sur des limites budgétaires ou des politiques de rationnement plutôt que sur les besoins.**

Généralement, les produits pour la planification familiale ont été financés largement par les bailleurs de fonds, permettant que l'approvisionnement soit suffisant pour répondre à la demande. Ainsi, les systèmes logistiques pour la planification familiale fonctionnent selon l'hypothèse que les contraceptifs sont des produits devant être « en pleine disponibilité ». En d'autres termes, dans un système qui fonctionne bien, ils devraient toujours être disponibles. C'est cette hypothèse qui permet aux gestionnaires d'établir les niveaux minimum/maximum de stocks souhaités et d'essayer de maintenir les quantités de ce produit entre les niveaux établis. Lorsqu'un produit devant être en pleine disponibilité, tel qu'un moyen de contraception, se trouve entre les niveaux « maximum/minimum » prévus, on dira qu'il est « stocké selon le plan », et on considèrera les niveaux de stocks comme étant satisfaisants.

Cependant, ces mesures ne s'appliquent pas à de nombreux médicaments et autres produits acquis par les ministères de la santé nationaux ou fournis par les bailleurs de fonds avec des budgets insuffisants. L'achat de ces produits se fait de façon trop irrégulière ou en des quantités trop insuffisantes pour éviter que des ruptures de stock se produisent entre les achats. Par définition, les systèmes maximum/minimum de contrôle des stocks ne peuvent pas s'appliquer à des produits qui doivent être en pleine disponibilité, et il faut que les logisticiens, autant que les évaluateurs, soient plus souples lorsqu'ils considèrent le niveau de stock minimum souhaité.

Il faut que les évaluateurs tiennent compte de nombreux facteurs s'ils veulent évaluer pleinement la performance des systèmes logistiques, et pour beaucoup de ces facteurs, une évaluation qualitative est nécessaire. Dans le passé, des groupes de travail composés d'experts ont proposé une approche à deux tranchants pour l'évaluation des systèmes logistiques. Pour répondre à cela, le projet DELIVER, financé par l'USAID, a créé des outils distincts dans le but de mener chacune de ces catégories d'évaluation : l'Outil d'évaluation des indicateurs logistiques (OEIL), et l'Outil d'évaluation du système

logistique (OESL).¹ L'OEIL permet de rassembler un assez petit nombre d'indicateurs quantitatifs pour mesurer les résultats de sorties (*outputs*) clés pour vérifier si le système logistique fonctionne bien. D'un autre côté, l'OESL contient des sections quantifiables permettant le suivi des changements dans le temps, mais il sert surtout d'instrument de diagnostic qualitatif décrivant le système dans son ensemble et aidant à identifier les raisons sous-jacentes des forces et faiblesses de chacun des systèmes.

Dans cette section, les cinq² premiers indicateurs sont présentés, suivi par une description de l'Outil d'évaluation des systèmes logistiques. Dans l'idéal, il faudrait que les évaluateurs rassemblent les indicateurs en un « paquet », et qu'ils fournissent une image complète des caractéristiques d'un système logistique et de son niveau de performance. Mais dans la pratique, il n'est pas possible pour tous les programmes d'effectuer une évaluation aussi complète. Dans ce cas, il vaudrait quand même la peine d'effectuer une mesure individuelle de ces indicateurs, tout en gardant à l'esprit les limites mentionnées ci-dessus. Le choix des indicateurs que l'on voudra mesurer dépendra des objectifs du programme, des ressources disponibles ou d'autres facteurs. Au moment de faire leur choix, les évaluateurs devraient reconnaître le fait que la disponibilité d'un produit (lorsque la fréquence des ruptures de stock est égale à zéro) constitue le résultat logistique le plus important essentiel du point de vue de la cliente. En ce sens, il s'agira de l'indicateur le plus « important ». Cependant, étant donné que les données sur les ruptures de stock sont généralement rassemblées grâce à des enquêtes au niveau des établissements, les évaluateurs pourront en même temps rassembler des données sur la qualité des données relatives aux stocks, les conditions de stockage, l'exactitude des prévisions locales, le taux de remplissage des commandes et l'état des stocks. On pourra utiliser l'OEIL pour la collecte de telles données au niveau des établissements. Cette application pourra être utilisée pour mesurer cinq indicateurs centraux parmi ceux présentés dans cette section. D'un autre côté, les

¹ Les questionnaires pour l'OEIL et l'OESL sont présentés chacun dans les Annexes D et E, respectivement. Ces outils et un guide spécifique pour l'utilisateur du OESL sont aussi disponibles (en français) en ligne, à www.deliver.jsi.com.

² Dans la version originale du *Compendium* en anglais, huit indicateurs ont été présentés dans cette section. Depuis la publication de la version originale, le Projet DELIVER a réduit le nombre d'indicateurs mesurés par l'OEIL. Dans l'intérêt d'être consistant avec la version actuelle, nous présentons les cinq indicateurs dans cette section.

données concernant l'exactitude des prévisions au niveau national, la planification des achats, et l'engagement des parties prenantes sont obtenus au niveau central. La collecte en sera donc moins coûteuse. Finalement, si l'on veut comprendre les forces et les faiblesses d'un système logistique, tout particulièrement du point de vue qualitatif, c'est l'OESL qui fournira les informations les plus utiles. En fin de compte, ces indicateurs seront plus utiles lorsqu'ils seront mesurés ensemble. Cependant, s'il n'y a pas assez de ressources disponibles permettant de poursuivre cette stratégie, il sera possible d'obtenir des informations utiles en mesurant l'un ou l'autre indicateur.

Malgré les défis décrits ci-dessus, les indicateurs logistiques proposés dans ce chapitre sont comparables à ceux utilisés dans le passé dans le cadre de projets de planification familiale catégoriques. Les systèmes logistiques, qu'ils soient catégoriques, partiellement ou entièrement intégrés, plus ou moins étendus, reliés à la santé ou non, partagent tous des caractéristiques fondamentales. Tous dépendent de données de bonne qualité pour prévoir les besoins et passer des commandes en quantités suffisantes. Il faut que l'entreposage et le transport des produits soient efficaces, avec le moins de gaspillage possible. Les inventaires devraient être gérés de telle façon qu'ils réduisent le risque de gaspillage ou de rupture de stock au minimum, et qu'ils portent au maximum la disponibilité des produits. Les indicateurs suggérés dans ce volume fournissent une mesure de tous ces éléments d'un système logistique. Ils permettent donc aux gestionnaires de mieux en comprendre les forces et les faiblesses et de mettre en œuvre des interventions qui garantissent que les produits sont disponibles aux clientes. Ainsi, à bout du compte, les indicateurs contribuent à sécuriser l'approvisionnement en produits contraceptifs/de santé de la reproduction et à l'amélioration de la santé de la reproduction des communautés desservies.

LA PRÉCISION DES DONNÉES LOGISTIQUES POUR LA GESTION DE L'INVENTAIRE

Définition

Pour chaque méthode/marque/produit concerné, les évaluateurs mesurent la précision des données logistiques en comparant (1) le comptage physique aux données enregistrées sur les registres de stock pour ce produit et (2) les données enregistrées sur les registres de stock aux données du rapport du système d'information de gestion de la logistique (SIGL). La différence sera exprimée sous forme de pourcentage comme suit :

- (1) La précision dans le maintien des registres de stock

$$\frac{\text{Le comptage du registre de stock} - \text{Le comptage physique du stock}}{\text{Le comptage physique du stock}} \times 100$$

- (2) La précision du transfert de l'information vers les formulaires SIGL (voir annexe D, tableau 3, colonne 4)

$$\frac{\text{Le comptage du rapport SIGL} - \text{Le comptage du registre de stock}}{\text{Donnée du registre de stock}} \times 100$$

Le stock physique, le stock enregistré sur les registres de stock et les données inscrites dans le rapport SIGL se rapportent à la quantité de chaque produit indiqué comme étant non endommagée, non périmée et disponible pour une utilisation dans un point de prestation de services ou un entrepôt. Le comptage physique du stock est déterminé simplement en comptant le stock dans le dépôt. Les données inscrites sur les registres de stock sur les formulaires utilisés par certains centres pour suivre le stock disponible, les mouvements et les ajustements effectués dans le temps. Les données du rapport SIGL sont enregistrées dans

des rapports périodiques reprenant le stock disponible, les mouvements et les ajustements sur une période de temps donnée ; les rapports étant transmis d'un niveau du système à un autre.

Les évaluateurs pourront rapporter chaque mesure de différence (ou de justesse des données) par centre ou par ensemble des centres, et ils devraient rapporter les informations pour chaque produit en question. Ces mesures pourront aussi être utiles si elles sont employées pour calculer le pourcentage de centres entretenant des registres de stock à jour et produisent des rapports précis (rapports montrant où les différences de comptage pour chaque produit restent dans les limites d'une marge d'erreur préalablement définie par le programme).

Les données nécessaires

Les comptages physiques du nombre total de produits dans le centre ; le stock enregistré pouvant être récupéré à partir du journal de stock ou des registres de stock ; et les rapports SIGL.

Source(s) de données

Des examens et visites de site logistique de tous les centres ou d'un échantillon représentatif.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure de la précision des données sur les niveaux de stock de produits en différents points du système logistique. Parce que la chaîne d'approvisionnement repose totalement sur les données de stock pour la prévision ainsi que l'achat et la fourniture des quantités adéquates de produits aux sites de stockage et de prestation de services, cet indicateur est essentiel. Il souligne l'importance de la qualité des données à chaque niveau du système. La première partie de cet indicateur fournit des informations sur la précision avec laquelle les centres contrôlent leurs stocks. Quant à la deuxième partie, elle fournit des informations sur la précision des données qui sont

transférées sur les formulaires du rapport SIGL. Pour la première partie, on utilise les informations sur le niveau des stocks le jour de la visite du site, alors que pour la deuxième partie, on compare le rapport SIGL le plus récent au stock disponible enregistré durant la date la plus proche. Étant donné que pour cette seconde partie, il faut examiner l'historique des registres de stock, les évaluateurs éprouveront peut-être quelques difficultés à collecter ces données. Cet indicateur permettra aussi de vérifier des pertes dans le système, de suivre les délais d'actualisation des registres de stock et de déterminer dans quelle mesure les rapports SIGL sont complétés et soumis.

Dans l'idéal, au niveau d'un programme, il ne devrait pas y avoir de différence entre les inventaires physiques et les deux sources de données de niveau de stock. Cependant, dans la pratique, les évaluateurs devraient s'attendre à trouver quelques erreurs. Les niveaux d'erreur considérés acceptables dépendent des conditions en vigueur dans chaque pays. En général, des différences de plus de dix pour cent devraient être prises en compte et pourront exiger certains efforts d'amélioration dans la qualité des données.

Des indicateurs annexes sont :

- Le pourcentage de centres conservant des données logistiques précises sur la gestion des stocks.
- Le pourcentage de centres ayant rempli et présenté un rapport SIGL pour la période de rapport la plus récente.

Indicateur

LE POURCENTAGE DE CENTRES QUI MAINTIENNENT DES CONDITIONS DE STOCKAGE ACCEPTABLES

Définition

Les évaluateurs devraient calculer cet indicateur pour chaque critère de stockage (voir l'annexe D, tableau 2)

Le calcul de cet indicateur se fait comme suit :

$$\frac{\text{Nombre de centres de stockage satisfaisant chacune des conditions de stockage}}{\text{Nombre total de centres visités}} \times 100$$

Les données nécessaires

Une liste de contrôle des conditions de stockage acceptables, et des données collectées pour chaque critère au niveau de tous les centres ou d'un échantillon représentatif de centres par un observateur parfaitement au fait des exigences de stockage.

Source(s) de données

Une étude de centre ou des visites de sites logistiques.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure des conditions dans les centres de stockage par rapport à une liste de critères nécessaires à la protection et à l'intégrité des produits. Les évaluateurs pourront appliquer cet indicateur à chaque niveau du système logistique, afin d'identifier les centres ayant besoin d'améliorations.

Les évaluateurs devraient utiliser la première partie de cette liste de contrôle (voir l'annexe D, tableau 2, rubriques 1 à 12) pour procéder à une évaluation de tous les centres de stockage (y compris les petites installations au niveau des points de PPS). La seconde partie (rubriques 13 à 17) devrait être utilisée pour les centres plus importants.

Un indicateur annexe est :

Le pourcentage de centres satisfaisant toutes les conditions de stockage (ou un pourcentage souhaité des conditions).

LA DIFFÉRENCE, EXPRIMÉE EN POURCENTAGE, ENTRE LES QUANTITÉS DE PRODUITS COMMANDÉES ET LES QUANTITÉS EFFECTIVEMENT REÇUES³

Définition

Pour chaque produit que le programme s'engage à fournir, il s'agit de la différence exprimée en pourcentage entre les quantités commandées lors de la dernière période de commande et les quantités effectivement reçues. Il faudrait calculer cet indicateur séparément pour chaque produit ayant fait l'objet d'une commande entre les niveaux d'un système logistique, ou d'une commande d'approvisionnement au niveau national. Il peut être calculé au niveau des centres individuels, pour chaque niveau du système, tout comme au niveau d'un pays dans son ensemble. Dans la plupart des cas, il y aura une synthèse des données concernant de nombreux centres et commandes. Il convient de calculer cet indicateur en utilisant la somme des valeurs absolues des différences pour chaque produit, divisée par la somme de toutes les quantités commandées.

$$\frac{\text{Somme des quantités reçues} - \text{Quantités commandées}}{\text{Somme des quantités commandées}} \times 100$$

Les données nécessaires

Une liste des produits que le programme s'est engagé à fournir ou une partie de cette liste déterminée à l'avance ; la quantité de produits commandés lors de la dernière période de commande pour l'ensemble des centres ou pour un échantillon représentatif de centres, ou encore la quantité de produits commandés lors de l'approvisionnement au niveau national le plus récent ; et la quantité de produits effectivement reçue suite à la dernière commande ou à la dernière demande d'approvisionnement.

Source(s) de données

Une étude de centre/une visite de site logistique ou les dossiers d'approvisionnement pour les demandes d'approvisionnement au niveau national.

³ Dans l'OEIL, cet indicateur est exprimé comme « le pourcentage des centres qui reçoivent la quantité des produits commandés. »

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure de l'efficacité de la chaîne de l'offre à s'assurer que les produits arrivent à destination, selon les quantités demandées et dans les temps. On peut le calculer pour la chaîne de l'offre dans son ensemble ou pour tout niveau ou centre recevant leurs produits à partir de commandes passées à un niveau plus élevé. Grâce à ces informations, il sera possible de voir quels produits sont en excédent ou pour lesquels il y a pénurie, quels types de livraison seront les plus à même d'arriver dans les délais prévus ou en retard et quels fournisseurs ou distributeurs sont le plus/le moins fiables. Les gestionnaires et les évaluateurs pourront utiliser ces informations afin de prendre des mesures de correction et d'améliorer l'efficacité de la chaîne de l'offre.

Il faudra être prudent lorsqu'on voudra interpréter cet indicateur dans le cas de produits qui ne doivent pas « être maintenus en pleine disponibilité ». Souvent ces produits sont rationnés à cause de ressources limitées. On s'attendra donc à ce que les écarts au niveau des commandes soient plus importants que dans le cas de produits pour lesquels le programme doit maintenir une pleine disponibilité. Cependant, de tels écarts seront le plus souvent dûs à un manque de financement permettant de s'approvisionner en produits, plutôt qu'à un manque d'efficacité au niveau de la chaîne de l'offre.

Des indicateurs annexes sont les suivants :

- Le pourcentage de toutes les commandes traitées dans leur intégralité et reçues dans les délais prévus ;
- La durée moyenne entre la date à laquelle une commande a été passée et la date à laquelle elle a été reçue ;
- Le pourcentage de centres ayant reçu leur dernière commande dans sa totalité ; et
- Le pourcentage de centres ayant reçu leur dernière commande dans les délais prévus.

LE NOMBRE DE CENTRES, EXPRIMÉ EN POURCENTAGE, AYANT CONNU UNE RUPTURE DE STOCK PENDANT UNE PÉRIODE DONNÉE**Définition**

Cet indicateur mesure le pourcentage de centres (points de prestation de services, entrepôts), ayant connu une rupture de stock au niveau d'une méthode, d'une marque ou d'un produit devant être fourni ou distribué par ce site pendant une période donnée (par exemple, au cours des six ou douze derniers mois). Les évaluateurs devraient calculer cet indicateur pour tous les centres (ou pour un échantillon) fournissant ou distribuant ces produits. Cet indicateur devrait être calculé pour chaque produit séparément, et les données devraient ensuite être rassemblés pour calculer le pourcentage de centres ayant eu une rupture de stock de chaque produit à un moment quelconque au cours de la période spécifiée. Les évaluateurs pourront utiliser le tableau 1 situé dans l'annexe D pour saisir les données nécessaires à la mesure de cet indicateur.

Cet indicateur est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de centres évalués ayant connu une rupture de stock de (méthode/marque/produit)}}{\text{Le nombre total de centres évalués qui fournissent ou distribuent (méthode/marque/produit)}} \times 100$$

Les données nécessaires

Des informations sur les niveaux de stock de tous les produits concernés au cours des six (ou douze) derniers mois, à tous les niveaux du système.

Source(s) de données

Une étude de centre/une visite de site logistique est habituellement nécessaire pour l'ensemble des centres ou pour un échantillon représentatif. Dans certains pays/programmes, les évaluateurs pourront utiliser des systèmes d'informations de gestion logistique ou les fichiers de supervision, selon la qualité des informations fournies.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure de la disponibilité des produits (ou du manque de produit) au cours d'une période donnée ; elle peut servir d'indicateur de remplacement sur la capacité d'un programme à satisfaire les besoins des clientes sur une gamme complète de produits et de services. Les évaluateurs devraient utiliser cet indicateur en liaison avec celui sur l'état des stocks et l'interpréter avec prudence, car certains centres parviennent à éviter les ruptures de stock en rationnant les fournitures. Des indicateurs annexes (voir ci-dessous) pourront fournir davantage d'informations sur la disponibilité globale des produits. Ainsi, par exemple, la durée des ruptures de stock permettra de différencier les produits en rupture de stock pendant une brève période (1 à 2 jours) de ceux qui connaissent des ruptures de stock prolongées. Les évaluateurs pourront déterminer les raisons de ces ruptures de stock et aider ainsi les gestionnaires de programme à traiter les causes sous-jacentes de telles défaillances du système logistique.

Si la politique en vigueur dans le pays concerné prévoit que les marques d'un même produit ne peuvent pas être utilisées de manière interchangeable, il faudra que les évaluateurs contrôlent chaque marque séparément. À l'inverse, cette politique nationale permet de remplacer une marque par une autre ; et si les prestataires pratiquent ce genre de substitution, les évaluateurs pourront alors contrôler différentes marques comme s'il s'agissait d'un seul et même produit.

Le fait d'utiliser des données sur une période de 12 mois permet aux évaluateurs de tenir compte des variations saisonnières dans l'utilisation de tel ou tel produit, mais il est parfois difficile d'obtenir les données sur une telle période. Il est moins contraignant d'utiliser les données sur 6 mois pour le calcul de cet indicateur. En effet, il nécessite l'examen d'un nombre moins élevé de rapports. En revanche, si les évaluateurs se basent sur des données de moins de 12 mois, il leur faudra examiner les variations saisonnières.

Des indicateurs annexes sont les suivants :

- La durée moyenne des ruptures de stock ;
- Le pourcentage de centres enregistrant une rupture de stock d'un produit quelconque le jour de la visite ;
- Le pourcentage de centres présentant des stocks complets (de tous les produits) le jour de la visite ;
- Le nombre moyen de produits en rupture de stock/en stock le jour de la visite ;
- Le pourcentage de produits en rupture de stock/en stock à un moment quelconque au cours des 6 (ou 12) derniers mois ; et
- Le nombre de fois (la moyenne) où chaque méthode a connu une rupture de stock au cours des 6 (ou 12) derniers mois.

LE POURCENTAGE DE CENTRES DONT LES NIVEAUX DE STOCK ASSURENT UNE DISPONIBILITÉ DES PRODUITS À COURT TERME

Définition

Cet indicateur mesure le pourcentage de centres ayant des niveaux de stock supérieurs à zéro et en dessous du niveau maximum défini pour chaque méthode/marque/produit concerné, à un moment donné (par exemple, le jour de la visite). Là où les niveaux de stock sont supérieurs à zéro mais en dessous du niveau minimum défini, il faudra que les évaluateurs indiquent si une commande pour réapprovisionnement est en cours, effectuée au moment où, ou avant que, les niveaux de stock aient atteint leur minimum.

On calculera cet indicateur comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de centres ayant des niveaux de stock supérieurs à zéro mais inférieurs au niveau maximum établi pour le produit}}{\text{Le nombre total de centres visités}} \times 100$$

(Prière de se référer à l'annexe D, tableau 1).

Les évaluateurs pourront calculer cet indicateur au niveau de chaque centre ou pour un échantillon de centres, ou encore pour le programme au complet. Quel que soit le niveau, les évaluateurs devraient calculer et rapporter cet indicateur pour chaque produit concerné, traité séparément, de sorte qu'il y ait une mesure unique pour chaque produit. S'ils le souhaitent, les évaluateurs pourront combiner ces indicateurs de manière à en définir des supplémentaires, tels que le nombre, exprimé en pourcentage, de centres disposant d'un stock adéquat pour **tous** les produits devant être en pleine disponibilité. (Voir les indicateurs annexes ci-dessous). Le calcul de la « moyenne » du niveau de stock pour tous les produits n'est pas recommandé, car les excédents de stock d'un produit peuvent masquer les déficits de stock d'un autre, laissant supposer, à tort, que les niveaux de stock moyens sont satisfaisants.

Les données nécessaires

Les niveaux de stock de l'ensemble des produits concernés à un moment donné (par exemple, le jour de la visite) ; les niveaux de stock maximum et minimum disponibles établis par le programme ; l'historique des données de consommation ou de sortie pour chaque produit et dans chaque centre ; et les fichiers des commandes récentes (pour les produits en dessous des niveaux minimum).

Source(s) de données

Pour évaluer les niveaux de stock, il est souvent nécessaire de procéder à une étude de centre, ou une visite de site logistique, de tous les centres ou d'un échantillon représentatif. Les évaluateurs pourront rassembler des données de stock en procédant à un comptage physique ou en analysant les indications portées sur les registres de stock ou les cahiers de stock. Dans certains pays/programmes, les fichiers SIGL ou les dossiers de supervision/du personnel pourront fournir des données utilisables concernant les niveaux de stock. Le SIGL pourra également permettre de déterminer les niveaux de stock maximum et minimum, ainsi que des données sur la consommation, par produit. Les statistiques de services ou des fichiers comparables pourront fournir les données sur la consommation ou de sortie nécessaires, si le SIGL ne le permet pas.

But et questions

Cet indicateur permet de voir de façon globale dans quelle mesure les niveaux de stock d'un produit sont adéquats à un moment donné. Il permet de faire apparaître des situations d'excédent de stock pouvant entraîner la péremption et le gâchis des produits, ainsi que les faibles niveaux de stock pouvant entraîner des ruptures de stock ou un rationnement. Lorsqu'ils appliquent cet indicateur, les évaluateurs devraient évaluer avec soin les centres où les niveaux de stock se trouvent en dessous des niveaux minimum définis. Pour ce faire, il faudrait que les évaluateurs déterminent si

une nouvelle commande a été passée lorsque les stocks ont atteint leur minimum. Si une telle commande est en cours, ils pourront considérer que l'état du stock est adéquat parce que la commande arrivera probablement avant que le stock ne soit en rupture. Si tel n'est pas le cas, cela montre que l'état du stock est inadéquat.

Les évaluateurs ne devraient appliquer cet indicateur qu'aux produits que le programme s'est engagé à maintenir en pleine disponibilité. En effet, l'état du stock à un moment donné, pour les produits qui ne doivent pas être en pleine disponibilité, ne sera parfois que le reflet du temps écoulé depuis l'arrivée du dernier envoi et ne permettra pas de savoir si les procédures de gestion de stock sont efficaces. Dans l'idéal, les évaluateurs effectueront une mesure de l'état du stock sur une période de temps (voir les indicateurs annexes ci-dessous), mais la plupart du temps, cette approche n'est possible que lorsque le SIGL est automatisé.

Des indicateurs annexes sont les suivants :

- La durée, exprimée en pourcentage, durant laquelle chaque produit concerné se trouve à un niveau de stock correct (il faut, pour cet indicateur, un système SIGL automatisé ou un examen détaillé des registres historiques des stocks) ; et
- Le pourcentage de centres dont les produits dits de pleine disponibilité ont un niveau de stock adéquat à court terme.

L'OUTIL D'ÉVALUATION DU SYSTÈME LOGISTIQUE (OESL) — DES INDICATEURS D'ORDRE QUALITATIF**Définition**

L'Outil d'évaluation du système logistique (OESL) permet d'effectuer une évaluation au niveau d'un système, dans son ensemble, de la performance du système logistique d'un programme sanitaire donné, quel que soit le produit de santé donné. Les évaluateurs pourront utiliser cet outil en le combinant avec d'autres indicateurs présentés dans cette section, lorsqu'ils souhaitent évaluer de façon exhaustive la capacité d'un programme à assurer la disponibilité permanente d'un produit de santé aux points de prestation de services.

Les données nécessaires

Les scores au niveau du système pour chaque composante et sous-composante, ainsi que des informations détaillées sur les processus du système logistique.

Source(s) de données

Les évaluateurs devraient effectuer des évaluations en établissant un consensus parmi les gestionnaires de programme ou parmi des personnes parfaitement au courant de la gestion logistique ainsi que de l'opération et de la performance des systèmes.

But et questions

Si les programmes à évaluer sont verticaux et distincts, l'évaluateur pourra mettre en place cet outil de manière séparée pour chaque programme. L'instrument est organisé selon le cycle logistique décrit dans l'introduction à cette section : le système d'information de gestion logistique, la sélection des produits, la prévision, l'obtention des produits/l'approvisionnement, le contrôle des stocks, l'entreposage et le stockage, le transport et la distribution, l'utilisation des produits, la finance, et l'organisation/le personnel. Chaque section comprend une suite de questions objectives et quantifiables du type oui/non, ainsi que des questions ouvertes de type qualitatif concernant les forces et les faiblesses du système logistique dans le détail.

Cette combinaison de questions du type oui/non et de questions qualitatives permet aux évaluateurs d'utiliser cet outil à la fois à des fins de suivi et à des fins de diagnostic.

Les évaluateurs pourront faire la moyenne et le décompte en termes quantitatifs des questions du type oui/non dans chaque section, et ainsi évaluer les progrès et améliorations effectués au niveau d'un système logistique donné dans le temps. En revanche, les questions qualitatives pourront permettre aux évaluateurs de comprendre plus clairement quelles sont les forces et les faiblesses du système. Elles devraient aussi faire apparaître les raisons sous-jacentes à ces faiblesses ainsi que des voies d'amélioration possibles.

Lors de l'utilisation de l'OESL, l'élément principal à retenir (du point de vue du suivi) est la subjectivité à laquelle les résultats sont soumis. Si les évaluateurs se servent d'un exercice basé sur le consensus pour répondre à chaque question, il arrivera que les experts ne soient pas d'accord sur ce que la réponse devrait être. En général, la plupart des questions du type oui/non sont plutôt objectives, et dans ce cas, les évaluateurs ne devraient pas avoir de difficultés à trouver des sources de soutien dans un sens ou dans l'autre. Dans certains cas, il peut arriver qu'un critère soit satisfait à certains niveaux du système ou dans certaines régions à l'intérieur d'un pays, mais pas tous. Mais en général, la plupart des questions exigent que les critères soient satisfaits à tous les niveaux, (du plus central aux PPS), avant que l'on puisse marquer « oui » comme réponse. Ainsi, on le répète, le comptage de points, dans la plupart des cas, devrait être clair. Pour finir, il arrivera que la question de la fiabilité des résultats dans le temps soit un problème, du fait que différents animateurs ou participants pu être impliqués ; (on notera cependant qu'il est conseillé aux évaluateurs de conserver, dans la mesure du possible, une certaine cohérence dans le groupe). De même que pour les autres

exemples, ce problème potentiel est plutôt minime, puisque les questions du type oui/non sont aussi claires et objectives que possible. Cela n'exclut pas le fait que la subjectivité ne peut jamais être éliminée entièrement. Les évaluateurs devraient toujours tenir compte de cette limite lorsqu'ils interprètent les résultats de l'OESL.

Résumés dans la section qui suit, on trouvera une liste partielle des informations rassemblées pour chaque section de l'instrument (voir l'annexe E pour les questionnaires OESL).

L'organisation (contexte) : Les questions du type oui/non sont sur l'existence d'une unité de gestion de la logistique et ses responsabilités. Des questions d'ordre qualitatif portent sur la nature des relations entre les parties concernées et sur la manière dont elles affectent la performance du système logistique.

Le système d'information de gestion logistique (SIGL) : Les questions du type oui/non permettent d'évaluer quel genre d'information a été recueillie grâce au SIGL, le but de l'utilisation de ces informations et à quel point le SIGL est automatisé. Les questions d'ordre qualitatif cherchent à comprendre le sens du flux d'informations aux divers niveaux du système, pour savoir si les informations recueillies sont utilisées par les gestionnaires de projet, dans quelle mesure elles se révèlent utiles dans la pratique et si les rapports sont corrects et présentés dans les délais requis.

La sélection des produits : Les questions du type oui/non concernent l'existence d'une liste nationale des médicaments essentiels, sur l'existence d'un document de politique nationale concernant les médicaments, et quelles en sont les caractéristiques principales. Les questions qualitatives concernent le contenu des documents et cherchent à déterminer dans quelle mesure des documents sont disséminés et mis en application aux divers niveaux du système.

La prévision : Les questions de type oui/non sont utilisées pour déterminer quelles sont les informations utilisées dans la préparation des prévisions, et à quelle fréquence elles sont programmées. Les questions d'ordre qualitatif s'intéressent à la qualité de ces prévisions, à leur impact sur la préparation des budgets et des plans, ainsi qu'à la capacité du personnel dans le pays en question d'effectuer ces prévisions sans soutien extérieur.

L'obtention des produits/l'approvisionnement : Les questions de type oui/non évaluent dans quelle mesure les plans d'approvisionnement tiennent compte de certains éléments d'information. Les questions d'ordre qualitatif examinent les méthodes de coordination de la planification de l'approvisionnement au niveau d'un pays, et visent, en général, à savoir si le programme fournit des quantités suffisantes de « bons » biens.

Les procédures de contrôle de stock : Les questions de type oui/non fournissent des informations sur l'usage des pratiques de pointe en matière de contrôle de stock (par exemple, premier à périmer, premier sorti [PPPS] ; les niveaux de stock maximum et minimum établis) ; elles permettent aussi de voir si des ruptures de stock se sont produites, quel que soit le niveau, au cours des 12 derniers mois. Les questions d'ordre qualitatif s'intéressent à la manière dont le personnel met en pratique les procédures ; elles permettent aussi d'identifier les produits le plus souvent sujets à des ruptures de stock, pour quelles raisons, comment le personnel gère les ruptures de stock et les excédents, ainsi que les effets de ces ruptures de stock sur le programme.

L'entreposage et le stockage : Les questions de type oui/non cherchent à déterminer l'existence de directives sur le stockage correct de tous les produits, à des fins de gestion de la qualité des produits, et sur l'enlèvement des déchets toxiques et des produits endommagés/périmés. Les questions d'ordre qualitatif permettent de recueillir des informations plus approfondies sur les domaines où le personnel pourrait améliorer les conditions de stockage et sur la manière dont le personnel s'assure de la qualité des produits.

Le transport et la distribution : Les questions de type oui/non servent à vérifier une rubrique dans le budget pour plusieurs composantes du programme. Les questions d'ordre qualitatif permettent de voir s'il y a suffisamment de transport et si le système de distribution est efficace.

L'utilisation des produits : Les questions de type oui/non sont une interrogation sur l'existence de directives sur le traitement standard et sur les procédures de suivi pour les pratiques en matière de prescription. Les questions d'ordre qualitatif cherchent à déterminer dans quelle mesure les directives pour le traitement standard et les précautions universelles de sécurité sont effectivement mises en œuvre.

La finance : Les questions de type oui/non servent à évaluer dans quelle mesure le budget national couvre la logistique ; elles servent aussi à savoir si un système de récupération des coûts est employé et quelles sont les dépenses de logistique prises en charge par les bailleurs de fonds. Les questions d'ordre qualitatif s'intéressent à la répartition du budget pour savoir si la part allouée à la logistique suffit à assurer la disponibilité des produits ; elles servent aussi à examiner les sources de financement pour le budget de la logistique et à voir si les activités soutenues par les bailleurs de fonds et les ressources qu'ils apportent sont suffisamment coordonnées.

Le support organisationnel du système logistique : Les questions de type oui/non évaluent l'existence de descriptions de postes, ainsi que des caractéristiques des voies de communication, de l'utilisation des informations, de la prise de décisions, du retour d'informations, de la supervision et de la formation. Les questions d'ordre qualitatif visent à savoir comment les différentes procédures d'organisation et d'embauche sont mise en œuvre, et si elles sont efficaces dans la pratique.

Partie II.F

La Communication pour le Changement de Comportement (CCC)

- Le pourcentage du public visé se souvenant d'avoir entendu ou vu un message particulier
- Le pourcentage du public visé connaissant un produit, une pratique ou un service
- Le pourcentage du public visé démontrant une certaine attitude (envers le produit, la pratique, le service)
- Le pourcentage du public visé croyant que l'époux/se, les amis, la famille et la communauté sont d'accord (ou pas d'accord) avec la pratique concernée
- Le pourcentage du public visé percevant un risque lié à un comportement donné
- Le pourcentage du public visé ayant une forte réaction émotionnelle (à la communication)
- Le pourcentage du public visé certain de pouvoir changer de comportement
- Le pourcentage de non utilisateurs ayant l'intention d'adopter une certaine pratique à l'avenir
- Le pourcentage du public visé ayant encouragé (ou déconseillé) à leurs amis et à membres de leur famille d'adopter la pratique en question
- Le nombre d'expositions à des sites Web et à d'autres ressources liées à l'Internet
- L'utilisation des produits sur un site Web donné

LA COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC)

À travers tous les programmes de santé de la reproduction, le changement des comportements est un des fils directeurs. Les programmes de communication pour le changement des comportements (CCC) sont conçus pour faire émerger des comportements visant à améliorer l'état de santé et les sorties (*outcomes*) connexes à long terme. Le concept était auparavant connu sous le nom d'Information-éducation-communication (IEC). Ce changement de nom reflète le passage de la production de matériels à des programmes conçus de façon stratégique pour avoir une influence sur les comportements.

Les programmes de CCC comprennent une gamme étendue d'interventions, que l'on peut regrouper sous trois catégories distinctes :

- Les mass media (la radio, la télévision, la presse écrite, l'Internet) ;
- La communication interpersonnelle (interaction entre clientes et prestataires, présentations de groupe) ;
- La mobilisation communautaire.

En accord avec ceux qui sont présentés dans le reste de ce *Compendium*, les indicateurs de cette section mettent l'emphase sur les résultats atteints plutôt que sur les activités menées (en d'autres termes, le processus). Chacun des trois types de communication (les mass media, la communication interpersonnelle, ou la mobilisation communautaire) est en mesure de générer des résultats pouvant être mesurés grâce à ces indicateurs, y compris les changements au niveau des connaissances, des intentions et du comportement. Pourtant, jusqu'à ce jour, les évaluateurs ont surtout utilisé ces indicateurs en relation avec des programmes de communication ayant une composante mass media. On peut supposer que cela vient de ce que les enquêtes auprès de la population, nécessaires à la collecte de telles données, sont assez coûteuses et ne conviennent que lorsque le programme de communication est d'une grande portée.

Une grande partie du travail effectué jusqu'à présent était centrée sur les processus plutôt que sur les résultats (il y existe certes des exceptions remarquables ; Kim et al., 1992). Ce travail est d'une importance cruciale pour la compréhension des dynamiques propres à ces techniques et pour l'identification de moyens pour les améliorer durant l'application sur le terrain à titre d'illustration ; on trouvera des indicateurs évaluant l'interaction client(e)-prestataire (ICP) dans la section concernant l'évaluation de la qualité des soins en planification familiale (Partie II.H.2). Cependant, le traitement des indicateurs de processus pour l'immense gamme des stratégies interpersonnelles innovatrices actuellement utilisées (interventions de CCC sur le lieu de travail, présentations de groupe dans les villages et quartiers, éducation sexuelle sur la SR dans les écoles, programmes extrascolaires, travail de proximité au niveau des communautés et des bars, éducation par les pairs et autres stratégies connexes) dépasse de beaucoup les limites de ce manuel. Nous référons les lecteurs intéressés aux ouvrages de Kim et Lettenmaier (1995), Adamchak et al. (2000), Bertrand et Kincaid (1996).

Concernant la mobilisation communautaire, Bertrand et Kincaid (1996) ont publié une liste d'indicateurs de processus mesurant les activités mises en œuvre, mais pas les résultats. La dynamique des projets de mobilisation communautaire place les évaluateurs face à un certain nombre de défis méthodologiques. Par exemple, il arrivera que les objectifs de l'intervention ne soient pas complètement développés au moment où l'enquête de base est réalisée. L'intervention elle-même pourra connaître des différences notables dans chacune des communautés où elle est mise en œuvre. L'approche d'analyse critique, telle qu'utilisée dans le domaine de l'évaluation, pourra aller à l'encontre des efforts visant à développer la confiance et caractérisant les programmes de mobilisation communautaires. Les objectifs de la mobilisation communautaire comprennent, sans y être réduit, le changement des comportements en matière de santé. Ils comprennent

aussi le développement de compétences en gestion, le renforcement de l'infrastructure organisationnelle, l'appui à la participation de divers sous-groupes, etc. Dans le cadre de ce *Compendium*, nous avons favorisé les indicateurs ayant fait leurs preuves sur le terrain. Étant donné que l'évaluation des initiatives de développement communautaire en est encore à ses balbutiements, nous n'avons pas fait de classement particulier pour les indicateurs s'appliquant à ce type de communication.

Les deux derniers indicateurs de cette section concernent l'Internet. Même si cette voie n'a pas encore été pleinement développée pour atteindre des sous-groupes spécifiques de la population avec des messages sur la santé de la reproduction, en particulier dans les pays en voie de développement, elle représente une voie prometteuse à mesure que l'accès à Internet devient de plus en plus répandu. Loin de vouloir mesurer les effets de l'Internet sur les comportements, nous nous limitons ici à mesurer l'utilisation des sites Web et les raisons poussant à l'utilisation de ce médium.

Les défis méthodologiques de l'évaluation de la CCC

Un certain nombre de défis méthodologiques surgissent lorsqu'il s'agit d'évaluer des programmes de CCC. Il s'agit notamment (mais pas exclusivement) des défis suivants :

- **Dans le cas de programmes ayant une composante mass media, les évaluateurs, dans l'impossibilité d'identifier un groupe de contrôle adéquat ne peuvent éliminer les facteurs de confusion (le problème d'attribution).**

Dans le cadre de l'évaluation sur le terrain, de nombreux évaluateurs ont eu des difficultés à mettre en place un groupe de témoins. Souvent, cela venait plus de facteurs administratifs (manque de temps, d'argent, intérêt insuffisant pour l'évaluation, répugnance à refuser une intervention souhaitable à une partie du public visé simplement à des fins de recherche) que de raisons techniques. Cependant, dans le cas de programmes à composante mass media, il est pratiquement impossible de mettre en place un groupe de témoins (sélection aléatoire des sujets), ou même un groupe de comparaison (une population ayant des caractéristiques sociodémographiques comparables) qui ne soit **pas exposée** à l'intervention de communication concernée. Sans groupe de contrôle ou de comparaison,

il est impossible de répondre de manière définitive à la question « Que se serait-il passé **s'il n'y avait pas eu d'intervention** ? ». Ainsi, même si l'évaluation fait apparaître un accroissement tel que souhaité au niveau des variables d'impact, il ne sera pas possible d'attribuer sans équivoque cet impact à l'intervention de communication. D'autres facteurs de confusion auront peut-être été la cause du changement observé (ou de l'absence de changement), ou du moins y auront contribué (l'activité de communication d'une autre organisation, l'instabilité politique, une catastrophe naturelle, le fait d'être exposé aux mass media en général).

Une autre approche dans l'évaluation de l'efficacité des interventions de CCC consiste en l'élaboration d'une enquête de base et de suivi auprès du public visé. Cette enquête permettra de mesurer :

- Une suite de variables idéationnelles représentant la marche à suivre en vue d'un changement de comportements¹ (cf. le cadre conceptuel présenté en figure II.F.1) ;
- Les caractéristiques sociodémographiques des répondants ; et
- Des données relatives à l'intensité de l'exposition aux messages spécifiques du programme de communication (par exemple, les informations sur la recollection de certains messages, le nombre de voies de communication ou les deux à la fois).

Ce troisième type de données (l'intensité de l'exposition) permet à l'évaluateur de voir si l'effet dose-réponse est un déterminant possible de chacune des variables idéationnelles, après avoir pris en compte l'effet des facteurs sociodémographiques (tel que l'éducation) ayant une influence sur le comportement en matière de santé. Il est bien connu que ces facteurs exercent une influence sur le comportement en matière de santé. Certes, cette description simplifiée à l'excès la part de conception et d'analyse statistique en jeu, mais elle offre cependant une explication concernant le choix des indicateurs inclus dans cette section du *Compendium*.

Selon Kincaid, les quatre conditions nécessaires aux évaluateurs, lorsqu'il s'agit de déduire un lien de causalité, sont : (1) l'observation d'un changement ou

¹ Ces variables idéationnelles correspondent souvent de près aux objectifs d'un programme de communication : l'accroissement des connaissances, l'amélioration des attitudes, la création de l'« intention » et une augmentation de la pratique même concernée.

d'une différence au niveau de la population concernée, (2) une corrélation entre le fait d'être exposé à l'intervention et l'effet visé, (3) une preuve que le fait d'être exposé à l'intervention s'est produit avant le changement au niveau des effets (en d'autres termes, la relation tempête), et (4) le contrôle ou la suppression des facteurs de confusion (ou faux effets). Même si ces conditions ne permettent pas de surmonter entièrement le problème de l'absence de groupe de contrôle, Kincaid avance que le fait d'associer une évaluation fondée sur la théorie avec les voies d'influence observables dans les données peut mener à des résultats convaincants quant aux effets des programmes de communication, même ceux ayant une composante mass media. Pour de plus amples détails concernant ces questions, nous référons le lecteur à Bertrand et Kincaid (1996).

Les domaines fonctionnels des programmes de PF/SR sont tous, à des degrés divers, sous pression de prouver leur efficacité. Dans le cas des programmes en CCC, cette pression est particulièrement forte. Une des raisons pour cela est que ces programmes veulent changer les comportements au niveau de la population, et ce faisant, ils appellent une réaction du type « prouvez-le ». Une autre raison est que la gamme des facteurs de confusion potentiels dans le domaine de la CCC est plus étendue que dans d'autres domaines fonctionnels. Par exemple, le système logistique national pour les contraceptifs et les médicaments ne pourra guère s'améliorer de lui-même sans certaines interventions de programme précises (telles que la formation, l'équipement). De la même manière, les prestataires de services au niveau des cliniques ont peu de chances de trouver par hasard les instructions sur l'insertion ou le retrait de NORPLANT® ; ils ne peuvent apprendre de telles techniques qu'en participant à une formation précise. En revanche, il est probable que le grand public apprendra les voies de transmission du VIH grâce à des actions qui ne sont pas liées à un programme (par exemple, ce fut le cas grâce à l'importante couverture médiatique lorsqu'en 1991, le joueur de basket-ball américain Magic Johnson a annoncé publiquement qu'il était séropositif). Ainsi, parmi les divers domaines fonctionnels, c'est la CCC qui doit fournir les preuves les plus rigoureuses que les changements observés dans les comportements au niveau de la population sont le résultat de ses interventions, et non de facteurs de confusion liés à l'environnement.

- Une enquête de base a été menée, mais sans indicateurs clés.

Dans certains cas, le groupe de personnes menant l'enquête de base n'est pas le même que celui qui effectue l'évaluation. Ainsi, les premiers ne penseront pas forcément à inclure certains indicateurs dont l'évaluateur suivant pourrait avoir besoin. Même lorsqu'un groupe accomplit les deux tâches, certains événements imprévus au départ pourront se produire. Lors d'une étude dans le département de Quiché au Guatemala, une étude de base a été menée pour évaluer un programme incluant plusieurs interventions. Cependant, ceux qui ont élaboré l'enquête ne savaient pas que l'équipe du programme était en train de concevoir une vidéo sur les problèmes de santé de la reproduction en utilisant un scénario élaboré autour des familles Maya et dans la langue Maya locale. Les directeurs du programme avaient établie de façon subjective que ce moyen de communication serait l'un des plus efficaces pour « atteindre » cette communauté, (connue traditionnellement comme fermée aux personnes extérieures), avec des messages sur l'espacement des naissances et la santé de la reproduction. Pourtant, il manquait à l'enquête une question pour tester cette hypothèse, et de ce fait, l'idée que la vidéo serait efficace était spéculative.

Ce problème pourra aussi se présenter si l'organisation chargée de la conception de la recherche transmet la responsabilité de la collecte des données à un bureau d'études de marché. Il arrivera que le bureau d'études de marché, sans comprendre l'importance de certaines questions, les élimine du questionnaire (dans le but de raccourcir la durée de l'entrevue, d'améliorer le flux des questions ou pour toute autre raison leur paraissant logique). Mais le résultat en sera l'absence d'informations clés au moment de l'analyse. Ce problème est rattaché à un problème plus vaste : celui de trouver, et de travailler en collaboration avec, un bureau d'études fiable et capable d'assurer le contrôle de la qualité pendant la collecte des données et une analyse statistique correcte lors de la présentation des résultats.

- L'intervalle de temps entre le déroulement du programme de communication et l'évaluation de suivi était soit trop court, soit trop long.

Il n'existe pas d'intervalle de temps « établi », ou « juste », entre le lancement d'un programme de communication et l'évaluation de suivi. Pour des sociétés de publicité ayant des budgets de plusieurs millions de dollars dans les pays développés, on s'attend à en voir les effets sur le niveau de ventes en l'espace de quelques semaines seulement. Cependant, lorsqu'il s'agit de comportements relatifs à la santé de la reproduction, fortement ancrés

dans la culture, les effets de ces programmes pourront exiger des mois, sinon des années. Ainsi, l'intervalle entre le lancement et l'évaluation est souvent le résultat de décisions administratives plutôt que de raisons techniques.

Ainsi, il arrivera que l'intervalle soit ou trop court, ou trop long. Le « trop court » a tendance à se produire lorsqu'un projet donné doit être complété au cours d'une période de temps précisée par un bailleur de fonds (par exemple, la fin du projet). Il arrive souvent qu'un projet qui aurait eu amplement le temps de mener une intervention se trouve à court de temps si des retards se produisent tôt dans le cycle du projet, réduisant de fait le temps effectif de mise en œuvre. Dans un tel cas, il arrivera qu'un programme n'ait pas de résultats, tout simplement parce que trop peu de temps s'est écoulé pour que des effets puissent se manifester.

Le « trop long » se produit lorsque la mise en œuvre du programme se fait à temps, mais que le suivi en est retardé, et ce, souvent pour des raisons administratives (par exemple, les fonds ne sont pas encore disponibles, le personnel est assigné une autre activité) ou à cause de facteurs ne pouvant être contrôlés (par exemple, la saison des moussons). Lorsque l'intervalle de temps entre l'intervention de communication et l'évaluation de suivi s'accroît fortement, il y a de plus fortes chances que les facteurs de confusion interviennent.

- **L'organisation n'a pas assez de temps ou de moyens pour faire une bonne évaluation.**

Ce problème n'est bien entendu pas unique à la CCC et s'applique tout autant à presque toutes les sections de ce *Compendium*. En ce qui concerne le temps, il peut arriver que le besoin de mener des enquêtes de base avant la mise en marche du programme de communication provoque des retards inacceptables si le programme doit suivre un calendrier serré. Quant au financement, les gestionnaires de programme ont souvent le sentiment que les fonds seraient mieux utilisés en créant plus de programmes, même si cela implique moins d'évaluation ; il arrive aussi qu'ils n'incluent pas l'évaluation dans leur budget. Étant donnée la pression croissante en vue d'augmenter les responsabilités, ce sentiment est en train de se dissiper ; mais il est encore très présent dans de nombreuses organisations.

- **L'obtention de formulaires de consentement pour les sujets humains peut s'avérer difficile, exiger beaucoup de temps et être coûteux.**

Certaines organisations, sinon toutes, exigent que tous les projets de recherche impliquant des sujets humains subissent un processus d'évaluation détaillé. C'est un Comité sur la recherche impliquant des sujets humains qui effectue cette évaluation ainsi que le processus d'approbation. Cela nécessite généralement de soumettre un projet de recherche, tous les protocoles et instruments de recherche, les formulaires de consentement, l'approbation du comité local d'éthique, les traductions officielles des formulaires de consentement oral dans la langue locale.

Dans la plupart des pays en voie de développement où des programmes de communication sont mis en place, des obstacles linguistiques culturels contribuent à des malentendus en ce qui concerne le consentement éclairé. Tout d'abord, il y a le fait que de nombreuses personnes ne savent pas lire et qu'elles seront donc peut-être réticentes ou incapables de signer un document. Deuxièmement, même si elles sont capables de lire et d'apposer leur signature, ces personnes seront peut-être méfiantes lorsqu'il s'agira de signer tout document ayant l'air officiel, de peur qu'il soit utilisé à d'autres fins. Qui plus est, il peut arriver souvent que le fait de devoir signer quelque chose soit perçu comme étant le signe d'intentions cachées.

L'obtention de l'approbation du comité local d'éthique est un autre problème pour les organisations. Se conformer aux exigences du Comité sur la recherche impliquant des sujets humains et à d'autres exigences, telles que la soumission d'un questionnaire « final » et des traductions en des langues locales, peut être difficile et exiger beaucoup de temps et de moyens. Souvent, l'obtention de l'approbation d'un Comité sur la recherche impliquant des sujets humains peut prendre jusqu'à six mois et est en moyenne de trois à quatre mois. Ces délais peuvent causer de sérieux problèmes de temps aux programmes.

Le cadre conceptuel : comment fonctionne la CCC.

La figure II.F.1 représente un modèle de communication stratégique et de changement de comportements.

Dans ce cadre conceptuel, la communication est traitée comme étant un facteur externe ayant un effet sur les autres variables du modèle. La communication conçue dans le but d'améliorer les compétences est considérée comme étant de l'instruction. La communication visant à retirer les contraintes liées à l'environnement

est identifiée comme étant de la sensibilisation, et la communication conçue en vue de modifier les facteurs idéationnels sont identifiés comme étant de la promotion. Ce modèle sert à préciser de quelle manière et pourquoi la communication a un effet sur les intentions et le comportement : indirectement, grâce à ses effets sur les compétences, l'idéation et les contraintes liées à l'environnement.

La « promotion » est au centre de cette section. En effet, c'est ce qui mène au changement idéationnel (autrement dit, un changement dans la manière dont les individus ou les populations perçoivent des pratiques ou des comportements donnés). La promotion est conçue dans le but d'avoir des effets aux niveaux cognitif, émotionnel et social, qui à leur tour auront une influence sur l'intention d'une personne de suivre un certain comportement et de continuer à le faire. Le **comportement** lui-même est le « résultat souhaité » de presque tous les programmes, quel que soit le domaine ou le sujet concerné. Souvent, les évaluateurs désignent ce comportement comme étant l'« effet intermédiaire » (s'il est mesuré au niveau de la population).

En plus d'obtenir des données sur le comportement lui-même, les évaluateurs devraient collecter des données concernant toutes les variables idéationnelles pouvant se rapporter au comportement concerné. La communication est conçue dans le but d'avoir un effet sur les variables idéationnelles de manière à changer les comportements. Dans le cadre d'une évaluation du type pré/post, les évaluateurs pourront comparer les mesures de base pour ces variables avec les données collectées après l'intervention. Ils pourront aussi évaluer les effets du programme sur les variables idéationnelles, en comparant le niveau de chaque variable parmi ceux qui sont exposés et ceux qui ne sont pas exposés au programme de communication. Les évaluateurs pourront ensuite utiliser les résultats relatifs au lien entre les variables idéationnelles et le fait d'être exposé au programme dans le but de suivre les changements dans le temps et d'ajuster ou de renforcer les messages de communication. La recherche a démontré que les variables idéationnelles peuvent avoir une influence sur l'utilisation des contraceptifs, non seulement de manière directe, mais aussi indirectement, grâce à l'idéation (Kincaid, 2000 ; Babalola et al., 2001).

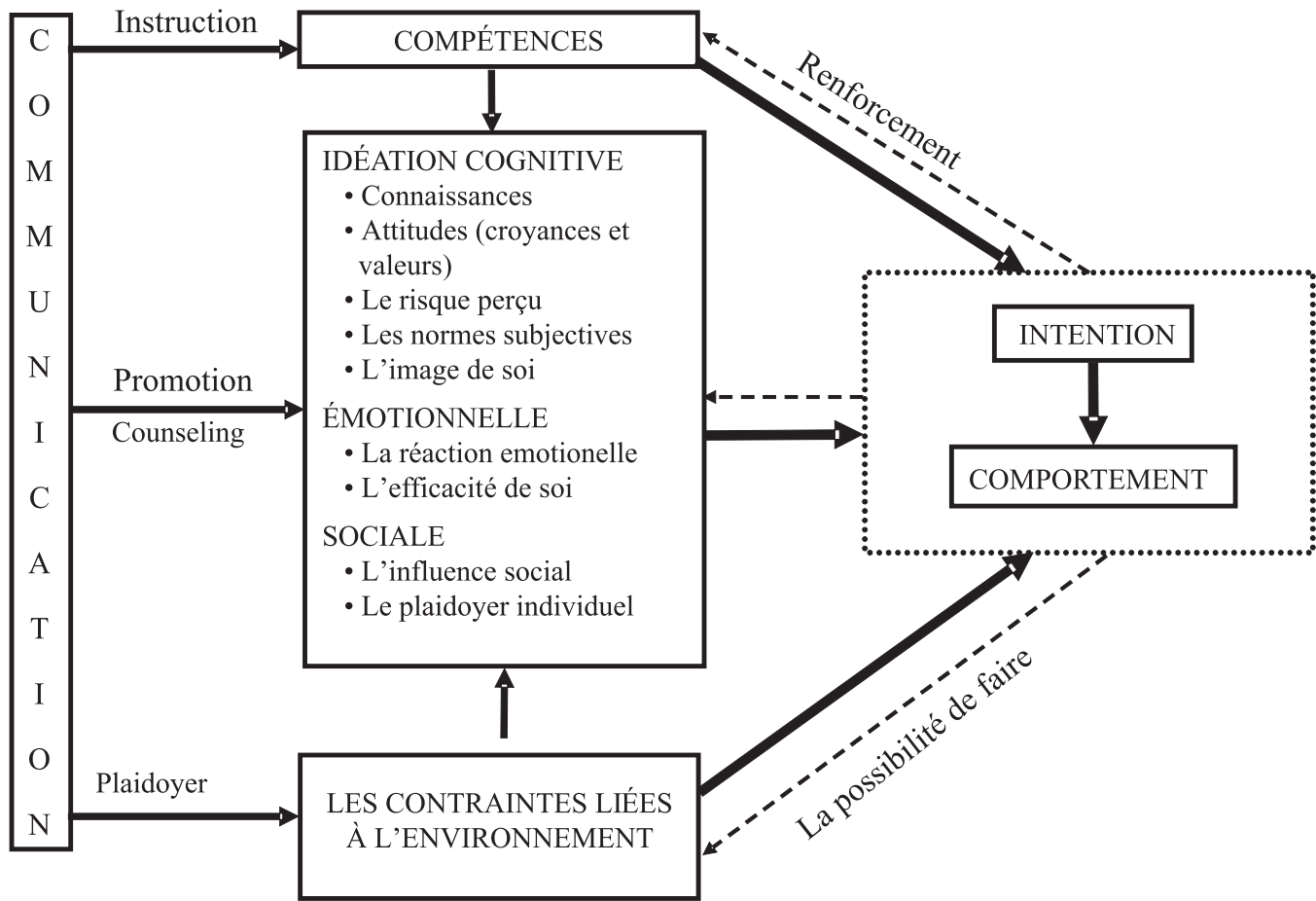
Certes, on peut convaincre des individus qu'une certaine ligne de conduite est préférable, mais il y a souvent des contraintes liées à l'environnement qui pèsent sur le changement des comportements. Ces contraintes

peuvent prendre la forme d'obstacles politiques (par exemple, l'opposition à l'avortement même si c'est légal), de ressources limitées, de contraintes juridiques (par exemple, la prestation de services pour les adolescents) et d'autres facteurs. La sensibilisation devient alors un outil puissant pour faire face à ces contraintes au niveau macro et pour réduire au minimum les obstacles à l'adoption de comportements positifs au niveau individuel. Les indicateurs compris dans la section suivante (sauf les deux derniers, relatifs à l'Internet) sont centrés sur les effets de la promotion et sur les démarches effectuées en vue d'un changement de comportements.

Le cadre conceptuel présenté dans la figure II.F.1 constitue la base sur laquelle les indicateurs de cette section sont fondés. Chaque concept issu du cadre pourrait être transformé en indicateur ; dans ce *Compendium*, nous avons choisi ceux qui sont le plus souvent utilisés lors de l'évaluation de programmes de CCC.

Cette section sur la CCC se termine avec deux indicateurs servant à suivre la communication par Internet. Même s'il ne s'agit pas encore d'une des voies principales pour la communication sur le changement des comportements, tout particulièrement dans les pays en voie de développement, c'est une voie prometteuse pour l'avenir. Au cours des dernières années, l'Internet est devenu une source d'information pour des millions de personnes dans les pays développés et pour ceux qui y ont accès dans les pays en voie de développement. Alors qu'à l'origine, l'Internet n'était utilisé que par les chercheurs ou les gestionnaires de projet, il est rapidement en train de devenir une source d'information fiable et confidentielle sur des sujets relatifs à la santé de la reproduction, tout particulièrement pour les adolescents qui se débrouillent bien avec les ordinateurs.

Figure II.F.1. Un Modèle de Communication Stratégique et de Changement de Comportement.



Source : Adapté à partir de Kincaid, 2000.

LE POURCENTAGE DU PUBLIC VISÉ SE SOUVENANT D'AVOIR ENTENDU OU VU UN MESSAGE PARTICULIER

Définition

Par « public visé » on entend les individus à qui le programme est destiné (par exemple, les femmes enceintes, dans le cas des soins prénatals, les jeunes d'une certaine tranche d'âge, dans le cas de programmes pour les adolescents).

« Se souvenir » peut inclure le fait de mentionner quelque chose soi-même et/ou d'être aidé à se souvenir. (On expliquera cette distinction entre les deux types de souvenir dans le contexte du prochain indicateur, le **pourcentage du public visé ayant connaissance un produit, une pratique ou un service.**)

L'expression « message particulier » se rapporte à toute communication ayant un élément que l'on peut identifier (tel qu'un logo, un personnage) et que le répondant ne pourrait pas nommer à moins d'avoir été exposé à cette communication.

On calculera cet indicateur de la manière suivante :

$$\frac{\text{Le nombre de personnes du public visé se souvenant d'un message particulier}}{\text{Nombre total de personnes du public visé}} \times 100$$

Les données nécessaires

Des auto-réponses issues d'enquêtes et d'autres instruments de mesure (par exemple, comment l'utilisateur a-t-il entendu parler du service ?).

Sources de données

Des enquêtes par échantillonnage au niveau national, régional ou local auprès de personnes issues du public visé (de préférence un échantillon représentatif).

But et questions

Parvenir à « atteindre » le public visé est un premier pas important lorsqu'on cherche à accroître les connaissances au sujet des produits, pratiques ou services concernés. Une des forces de la communication par mass media est qu'elle permet d'atteindre un large public, et le souvenir de messages particuliers permet de mesurer la portée d'une campagne de communication ou d'un message donné.

Cet indicateur sur la portée ne permet pas en lui-même de voir si le public visé a tiré des leçons de cette exposition ou s'il en a approuvé ou désapprouvé le contenu. Cependant, c'est un indicateur important lorsqu'il s'agit d'établir le niveau d'exposition d'une campagne, et, si on le souhaite, d'établir quel a été l'effet « dosage-réponse » (autrement dit, l'effet qui s'accroît avec le nombre de fois qu'une personne est exposée à un ou des message(s)).

Les évaluateurs pourront effectuer la mesure de cet indicateur à partir d'une batterie de questions permettant d'évaluer la portée des canaux de communication par lesquelles le répondant a entendu/vu/lu le message. L'instrument de mesure (un questionnaire) devrait inclure des questions concernant toutes les approches de communication utilisées au niveau d'une campagne ou d'un programme, comme l'illustre l'encadré II.F.1.

L'évaluateur pourra aussi inclure un canal qui n'a pas été employé au cours de la campagne de communication, pour juger de l'étendue du biais de courtoisie inhérent aux réponses. Le biais de courtoisie se produit lorsque le répondant tente de donner les réponses considérées comme socialement acceptables ou les réponses qu'il/elle pense être en mesure de plaire à l'interviewer. Cette façon de vérifier est particulièrement utile dans le cas d'un programme de communication concernant un sujet inhabituel (tel que la vasectomie) ou dans un contexte où il y a peu de voies de communication.

Encadré II.F.1 Un exemple de la mesure du rappel spontané et aidé des messages

1a. Au cours des derniers ___ (par exemple deux mois) avez-vous vu, entendu ou lu quelque chose au sujet de l'allaitement au sein dans les mass media ou ailleurs ? Veuillez nommer tous les canaux ou endroits où vous avez vu ou entendu un message concernant l'allaitement au sein. (*Note : l'enquêteur encercle ce qui est un « rappel spontané » pour chaque question*).

1b. (Pour chaque « non » mentionné, l'enquêteur demande) : Avez-vous vu un message sur l'allaitement au sein par un des moyens suivants au cours des deux derniers mois ? (*Note : l'enquêteur encercle « rappel aidé » pour chaque moyen mentionné*).

<u>Mass Media :</u>	<u>Spontané</u>	<u>Aidé</u>	<u>Aucun souvenir</u>
À la radio	(2)	1	0
À la télévision	(2)	1	0
Dans une revue	2	(1)	0
Sur une affiche	2	1	(0)
Sur un panneau d'affichage	2	(1)	0
Dans un dépliant ou une brochure	2	1	(0)
Nombre total de sources d'information sur l'allaitement au sein (additionner le nombre de fois que « 1 » ou « 2 » est entouré)	4		
Pour créer un indice d'exposition, on ajoute les points dans les deux colonnes (en donnant deux fois plus de poids pour le rappel spontané que pour le rappel aidé)	6		

Une deuxième approche, plus détaillée, serait de poser des questions sur des messages particuliers. S'il s'agit de questions fermées (nécessitant une réponse parmi des catégories préétablies ou de type « oui/non » pour des éléments précis, comme dans l'encadré II.F.1), il y a plus de chance que les enquêtes donnent une réponse socialement acceptable à laquelle ils/elles croient vraiment pour ne pas paraître ignorants ou pour plaire à l'enquêteur. C'est pourquoi il est conseillé, dans la mesure du possible, de demander au répondant de nommer quelques unes des caractéristiques du message (par exemple, le logo, le nom d'un personnage). Ceci permet de vérifier que la personne a été « exposée » au message en question.

L'évaluateur pourra faire la synthèse des réponses à la batterie de questions et élaborer une échelle du degré de rappel de chaque enquêté, afin d'obtenir une estimation de l'effet dose-réponse. Étant donné que les campagnes de CCC peuvent contenir plusieurs messages, l'évaluateur pourra accorder plus de poids à certains messages, pour le rappel spontané comparé au rappel aidé, et ensuite les additionner pour obtenir une variable continue servant à mesurer le rappel. (Pour de plus amples informations sur sujet de la création de telles échelles, voir Kincaid, Coleman et Rimon, 1995).

Cet indicateur et la question du genre

Si le public visé était divisé par sexe, on pourrait s'attendre à une différence entre le pourcentage de femmes et d'hommes capables de se rappeler d'un message particulier. Les spécialistes en communication pour le changement des comportements qui ont l'intention d'atteindre un certain public à travers les média devraient explorer dans quelle mesure les différences de genre ont un effet sur l'accès aux média. Dans de nombreux pays, le niveau d'alphabétisation moins élevé des femmes fait que les média écrits tels que les journaux, brochures, affiches et panneaux d'affichage ne sont pas des moyens très efficaces pour les atteindre. Dans certaines sociétés, les femmes ont moins d'accès à la télévision en dehors du domicile. Là où les télévisions ne sont disponibles que dans les lieux publics ou communautaires, il y a plus de chances que le public soit composé d'hommes, lesquels sont plus libres de sortir le soir. Dans les sociétés où il y a une forte résistance à ce que les femmes se déplacent hors du domicile, l'information que reçoivent les femmes sur le monde extérieur provient surtout des hommes de la famille ; il faut donc employer d'autres approches pour atteindre les femmes avec des messages sur la santé. De plus en plus, les femmes ont accès à la radio chez elles, et dans de nombreux contextes, la radio s'avère un bon moyen d'atteindre les femmes avec des messages sur la santé.

LE POURCENTAGE DU PUBLIC VISÉ CONNAISSANT UN PRODUIT, UNE PRATIQUE OU UN SERVICE

Définition

Par « public visé » on entend les individus à qui le programme est destiné (par exemple, les femmes enceintes, dans le cas des soins prénatals, les jeunes d'une certaine tranche d'âge, dans le cas de programmes pour les adolescents).

Le terme « connaissant » se rapporte au pourcentage d'enquêtés qui peuvent spontanément nommer une pratique particulière, un produit ou un service (ou reconnaître un nom lorsqu'il est mentionné).

Cet indicateur est calculé de la manière suivante :

$$\frac{\text{Le nombre de personnes du public visé connaissant un produit, une pratique ou un service}}{\text{Le nombre total de personnes dans ce public}} \times 100$$

Un indicateur connexe est celui du pourcentage du public visé connaissant une source d'approvisionnement pour un certain produit. Il est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de personnes du public visé connaissant une source d'approvisionnement pour un certain produit}}{\text{Le nombre total de personnes dans ce public}} \times 100$$

Les données nécessaires

Réponses aux questions posées dans le cadre d'enquêtes ou avec d'autres outils de mesure.

Source(s) de données

Des enquêtes (avec échantillon aléatoire) aux niveaux national, régional ou local auprès de membres du public visé (de préférence un échantillon aléatoire représentatif).

But et questions

Les évaluateurs peuvent mesurer le niveau de connaissance concernant un produit, une pratique ou un service de deux manières : par le rappel spontané ou par le rappel aidé, comme nous l'avons vu pour l'indicateur précédent. Par exemple, la conception d'un questionnaire EDS rend plus facile la détermination des méthodes de contraception qu'un répondant « connaît ». Tout d'abord, l'enquêteur demande à l'enquêté de nommer toute méthode qu'il/elle connaît pour prévenir une grossesse (un rappel sans aide ou spontané) ; l'enquêteur demande ensuite à la personne si elle a déjà entendu parler de méthodes qu'elle n'a pas mentionnées (un rappel aidé ou suscité).

Les évaluateurs pourront combiner les connaissances sans aide et les connaissances avec aide dans le calcul du pourcentage du public visé « connaissant » (pouvant se rappeler d') un produit ou une pratique. Par exemple, quel pourcentage du public visé a déjà entendu parler de la marque de préservatif promue par le marketing social ? Lorsque la « connaissance » se rapporte à un ensemble d'éléments tels que les diverses méthodes de contraception, on peut mesurer soit (1) le pourcentage de personnes qui ont entendu parler d'au moins une ___ (méthode), ou (2) la moyenne du nombre de méthodes connues.

Une des critiques formulées envers cet indicateur est que les répondants peuvent prétendre qu'ils ont entendu parler d'un produit ou d'un service donné tout simplement pour ne pas paraître ignorants. Les enquêteurs pourront confirmer la connaissance effective du répondant en posant des questions de suivi sur les caractéristiques de cette méthode ou pratique.

Le fait de connaître la **source** où il est possible de se procurer le service ou le produit en question constitue un autre élément important et mesurable de la connaissance qui s'applique à presque tous les domaines de la santé de la reproduction. Les questions au niveau des enquêtes sont souvent formulées comme suit : « Où iriez-vous si vous vouliez ou auriez besoin d'obtenir ____ (par exemple, un frottis vaginal, un conseil à propos de la violence faite aux femmes, des soins prénatals) ? ». Afin de déterminer le pourcentage des enquêtés qui « ont connaissance » d'un centre, l'évaluateur devrait s'assurer que la réponse donnée correspond en effet à un centre existant (et il ne devrait pas tout simplement « accepter » une réponse comme correcte si le nom du lieu donné semble plausible).

LE POURCENTAGE DU PUBLIC VISÉ DÉMONTRANT UNE CERTAINE ATTITUDE (ENVERS LE PRODUIT, LA PRATIQUE, LE SERVICE)

Définition

Par « attitude » on entend la manière dont une personne *juge* , favorablement ou défavorablement, un comportement ou un concept relié (tel qu'un produit particulier ou une source de services). Ce jugement est exprimé à travers des déclarations des membres du public visé, liant le comportement à la *valeur* positive ou négative que le public a du comportement.

Les données nécessaires

Les évaluateurs effectuent une mesure des attitudes en posant la question aux personnes du public visé, à savoir si elles sont d'accord ou pas d'accord avec ces déclarations. Ceci se fait habituellement selon l'échelle de Likert suivante :

<u>Score</u>	<u>Réponse</u>
1	Pas du tout d'accord
2	Pas d'accord
3	Pas certain
4	D'accord
5	Tout à fait d'accord

Il faut que toutes les déclarations se rapportent au même comportement, au même produit ou au même problème. Les évaluateurs calculeront le score d'ensemble sur l'attitude en faisant la moyenne des scores obtenus pour chaque déclaration utilisée. Plus le score est élevé, plus l'attitude du public envers le comportement est positive. Note : il faut que les évaluateurs renversent les scores obtenus pour les déclarations utilisant la forme négative avant de calculer la moyenne. Par exemple, dans un questionnaire concernant la stigmatisation liée au VIH/SIDA, un répondant n'est « pas du tout d'accord » (1 point) avec la déclaration que les personnes séropositives devraient être mis en quarantaine et séparés du reste de la société. Si la plupart des rubriques étaient composées de telle sorte qu'un « 5 » représente des attitudes de soutien envers les personnes atteintes du VIH, les évaluateurs devraient alors convertir le « 1 » attribué à la question sur la mise en quarantaine

des personnes séropositives en un « 5 » avant de faire la moyenne des scores.

En utilisant une échelle à cinq points, l'évaluateur pourrait aussi combiner les réponses « d'accord » et « tout à fait d'accord », et obtenir ainsi le pourcentage du public visé ayant une attitude positive. Parmi les exemples de déclarations d'attitude, on trouvera par exemple (les valeurs sous-jacentes sont soulignées) :

L'attitude envers la planification familiale :

- La pratique de la planification familiale aide la femme à reprendre des forces avant d'avoir son prochain enfant ;
- La pratique de la planification familiale élimine la peur de tomber enceinte ; et
- La planification familiale encourage l'épouse à avoir des mœurs faciles.

L'attitude face à l'utilisation du préservatif :

- L'utilisation de préservatifs diminue le plaisir sexuel ;
- L'utilisation de préservatifs aide à prévenir l'infection par le VIH ; et
- L'utilisation de préservatifs est un signe d'infidélité.

Les répondants expriment leurs valeurs en termes d'effet attendu du comportement, de bienfait ou du préjudice attendus, ou d'attributs positifs ou négatifs attribués au comportement ou au produit.

Source(s) de données

Pour les données quantitatives : des enquêtes aux niveaux national, régional ou local auprès de membres du public visé (de préférence par échantillon représentatif).

Pour les données qualitatives : des focus groups, des entretiens approfondis, le tri par piles, l'observation ethnographique, les personnes ayant des connaissances approfondies sur le sujet concerné.

But et questions

Les attitudes exercent une influence sur tous les types de comportement social. En général, les gens agissent en accord avec leurs attitudes. Celles-ci peuvent avoir une influence encore plus forte sur l'intention que le comportement en tant que tel. Par exemple, l'attitude négative d'une personne par rapport au fait de fumer peut créer une forte intention (un désir) d'arrêter de fumer ; mais il se peut que la personne continue de fumer à cause d'autres facteurs, tels que les normes sociales dominantes ou la dépendance. Les programmes de communication répondent à des croyances et à des valeurs particulières qui incitent ou non à suivre une certaine pratique ou un certain comportement. Dans certaines sociétés, par exemple, les hommes pensent qu'ils ont le droit d'avoir de nombreuses partenaires sexuels. Les programmes utilisant les mass media pourront commencer à modifier ce comportement s'il est représenté comme étant socialement inacceptable, préjudiciable à la famille et néfaste à la santé parce qu'il accroît le risque d'infection par le VIH/SIDA.

Le changement (et le renforcement) des attitudes est l'un des moyens qu'un programme peut utiliser pour exercer une influence indirecte sur le comportement relatif à la santé. Les membres du public visé qui modifient ou renforcent leur attitude parce qu'ils ont été exposés aux messages d'un programme de communication sont plus à même de suivre le comportement souhaité (Fishbein et Ajzen, 1975).

LE POURCENTAGE DU PUBLIC VISÉ CROYANT QUE L'ÉPOUX/SE, LES AMIS, LA FAMILLE ET LA COMMUNAUTÉ SONT D'ACCORD (OU PAS D'ACCORD) AVEC LA PRATIQUE CONCERNÉE

Définition

Par « le public visé », on entend les individus auxquels le programme est destiné. Le terme « pratique » (ou comportement) renvoie au résultat souhaité par le programme pour le public visé. La pratique est l'effet intermédiaire lorsqu'il est mesuré au niveau de la population. Les exemples en sont, entre autres : l'utilisation de contraceptifs, l'accouchement en présence d'une personne qualifiée, l'allaitement maternel exclusif, l'utilisation d'un préservatif lors de la dernière relation sexuelle avec un partenaire occasionnel.

La pratique concernée déterminera quelles personnes seront citées au niveau de l'indicateur (par exemple, l'époux, les amis, la famille et la communauté). Ainsi, l'époux (l'épouse) jouera un rôle plus important au niveau des décisions concernant la planification familiale, alors que dans le cas de l'excision génitale féminine, le point de vue de la famille élargie ou de la communauté a une grande influence sur la prise de décisions.

Cet indicateur est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de personnes croyant que la pratique est approuvée par l'époux(se), les amis, la famille et/ou la communauté}}{\text{Nombre total de personnes dans le public visé}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses tirées des enquêtes.

Source(s) de données

Des enquêtes aux niveaux national, régional ou local auprès des membres du public visé (de préférence un échantillon représentatif).

But et questions

Cet indicateur permet de voir dans quelle mesure le réseau social d'un individu est en accord ou en désaccord avec la pratique ou le comportement concerné. Si il

(ou elle) perçoit que le niveau d'approbation est bas ou négatif, le coût lié à l'adoption de ce comportement est élevé. Inversement, si il (ou elle) perçoit un niveau élevé d'approbation, alors le coût social n'est pas élevé et le contexte social pourra rendre le changement de comportement et sa continuation plus facile. Cela implique, et la théorie soutient ce point de vue, que la décision d'adopter un comportement particulier est bien plus qu'une décision individuelle. Les mass media constituent un outil utile pour le changement des manières dont les personnes du public visé perçoivent le contexte social dans lequel elles vivent et la mesure dans laquelle elles croient qu'une pratique particulière est soutenue par leur réseau social.

Un indicateur très proche de celui-ci est le pourcentage du public visé rapportant avoir discuté de la pratique/du comportement avec leur époux(se), leurs amis et leur famille après avoir été exposé à une campagne précise. Étant donnée l'importance de l'influence sociale, cet indicateur permet de voir dans quelle mesure un message communiqué ou une campagne donnée ont suscité un débat (positif ou négatif) sur le sujet. Une telle communication est un premier pas vers le renforcement ou le changement des normes d'une société. Encore une fois, notons que les personnes concernées par cette question pourront varier selon l'intervention en SR.

LE POURCENTAGE DU PUBLIC VISÉ PERCEVANT UN RISQUE LIÉ À UN COMPORTEMENT DONNÉ

Définition

Par « percevant un risque », on entend les croyances sur la possibilité de subir des conséquences négatives ou néfastes. Cette définition comporte deux dimensions distinctes : (a) la prédisposition à la menace et (b) la gravité de cette menace. Parmi les exemples de perception de risque se rapportant à la prévention du VIH/SIDA, on trouve :

- Je risque de contracter le VIH/SIDA (prédisposition perçue) et
- Le fait d'attraper le VIH/SIDA est pour sûr une condamnation à mort (perception de la gravité).

Cet indicateur est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Nombre de personnes qui perçoivent un risque}}{\text{Nombre total de personnes dans le public visé}} \times 100$$

et

$$\frac{\text{Nombre de personnes qui perçoivent la gravité du risque}}{\text{Nombre total de personnes dans le public visé}} \times 100$$

Données nécessaires

Les réponses à partir d'instruments de type quantitatif (enquêtes) ou de méthodes qualitatives de collecte de données.

Source(s) de données

Pour les données de type quantitatif : des enquêtes aux niveaux national, régional ou local auprès des membres du public visé (de préférence à partir d'un échantillon représentatif).

Pour les données qualitatives : les focus group, les entretiens approfondis, le tri par piles et l'observation ethnographique (même si avec cette dernière méthode, on n'obtient pas de résultat numérique précis).

But et questions

Le risque est la probabilité qu'un événement particulier ait lieu multiplié par l'ampleur des conséquences qui y sont rattachées (Douglas, 1985). Le risque perçu a une définition parallèle : (a) la perception qu'a un individu de sa prédisposition ou vulnérabilité à une menace (par exemple, « Quelles sont les chances qu'un événement particulier ait lieu ? Quelles sont mes chances d'attraper le VIH/SIDA si je pratique l'abstinence ? Quelles sont mes chances d'attraper le VIH/SIDA si j'utilise un préservatif chaque fois que j'ai des relations sexuelles ? Quelles sont mes chances d'attraper le VIH/SIDA si mon partenaire et moi sommes fidèles l'un à l'autre ? ») et (b) la perception qu'a un individu de la gravité de cette menace (par exemple, « Quel est le degré de gravité des conséquences négatives liées à cet événement ? Quelles sont les conséquences négatives liées au VIH/SIDA ? À quel point ces conséquences sont-elles graves ou mauvaises ? »). Sans aucun doute, l'individu pense aux conséquences au niveau social, économique et spirituel, en plus des conséquences physiques telles que la maladie ou la mort. Par exemple, « À quel point serait-ce préjudiciable à ma famille si j'avais le VIH/SIDA ? »

Les perceptions liées au risque, auxquelles on se réfère souvent comme « la menace perçue », jouent le rôle de *motivation* dans la promotion du changement des comportements (certes, les avantages positifs peuvent aussi être une motivation pour le changement). Les recherches ont démontré que les individus ont beau avoir les connaissances et les compétences qu'il faut, de même que des attitudes, des croyances et des intentions favorables par rapport au comportement recommandé, ils ne le suivent pourtant pas. Il leur faut quelque chose pour déclencher la motivation à agir. Beaucoup de recherches ont montré que la perception d'une menace est un puissant élément déclencheur d'action (Witte, 1992 et 1998).

Les évaluateurs peuvent s'attendre à des réponses désirables lorsque les gens ont une forte perception de leur risque et une forte perception d'efficacité de soi

par rapport à la réponse recommandée. Les évaluateurs pourront s'attendre à des réactions indésirables lorsque les gens, tout en ayant une forte perception du risque, doutent de leur capacité à fournir la réaction recommandée (par exemple, exiger l'utilisation du préservatif). Ou alors ils ne sont pas convaincus que la réaction recommandée servira vraiment à éviter la menace (par exemple, de puissantes rumeurs circulent dans certains pays que les préservatifs sont contaminés avec le virus du VIH et qu'ils servent en fait à transmettre l'infection). Ainsi, les évaluateurs devraient effectuer une mesure des perceptions sur l'efficacité lorsqu'ils évaluent les perceptions liées au risque pour que le personnel du programme puisse développer les meilleurs messages possibles.

LE POURCENTAGE DU PUBLIC VISÉ AYANT UNE FORTE RÉACTION ÉMOTIONNELLE (À LA COMMUNICATION)

Définition

Le terme « émotion » renvoie à une réaction subjective, telle que des sentiments forts (peur, amour, haine, colère, dégoût, joie ou surprise). Il y a deux aspects distincts à l'émotion : la réaction physique/corporelle et le sentiment vécu au niveau subjectif. Les experts en communication reconnaissent que la réaction émotionnelle subjective influence l'impact du message sur la personne qui le reçoit.

Cet indicateur est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de personnes qui vivent une forte réaction au niveau émotionnel}}{\text{Le nombre total de personnes dans le public visé}} \times 100$$

Les données requises

Les réponses des membres du public visé sur leur réaction subjective à une communication particulière.

Source(s) de données

Des enquêtes aux niveaux national, régional ou local auprès de membres du public visé.

But et questions

Les experts en matière de communication reconnaissent que la réaction au niveau émotionnel des membres du public visé à une communication particulière a un effet important sur l'impact possible d'un message donné. Dans le passé, les spots de radio et de télévision avaient des messages clairement conçus pour obtenir ce type de réaction forte. Des chercheurs dans le domaine des études de marché ont tenté de mesurer ce type de réponse émotive dans le contexte des pré-tests de routine. Toutefois, jusqu'à ce jour, peu d'évaluateurs ont essayé de mesurer cette dimension au cours des enquêtes sur le terrain. Contrairement à d'autres indicateurs présentés dans cette section du *Compendium* et largement utilisés sur le terrain, cet indicateur s'est trouvé inclus à cause de son potentiel d'utilisation pour évaluer les programmes de communication.

Avant d'évaluer la réaction émotionnelle à un message lors d'une enquête auprès du public visé, il faut d'abord s'assurer que le répondant ait vu ou entendu la communication concernée. Souvent les questions demandées par les évaluateurs sont en deux parties (le rappel spontané et aidé) :

- Quels sont les messages que vous vous souvenez avoir vus à la télévision au cours des ___ derniers mois (par exemple, trois mois) au sujet de _____ (par exemple, la prévention du SIDA) ? (Note : le nombre de mois devrait correspondre à la période de temps au cours de laquelle le spot a été diffusé) ; et
- (Si le répondant ne fait pas mention du message concerné, l'interviewer pourra demander) Avez-vous vu le message à la télévision concernant le jeune père dont l'épouse meurt du SIDA ?

Si la réponse est oui, l'enquêteur pourra ensuite poser une question visant à mesurer la réaction émotionnelle à ce message. Suivant le message, l'enquêteur pourra demander au répondant s'il est d'accord ou pas avec une déclaration précise, telle que :

- Je suis devenu très *triste* lorsque j'ai vu ce qui arrive aux enfants dont les parents sont morts du SIDA ;
- L'homme qui a dit qu'il n'utiliserait pas de préservatif m'a mis très *en colère* ;
- La femme qui a demandé à son mari d'utiliser des préservatifs m'a *dégoûté(e)* ; et
- J'ai vraiment *bien aimé* l'homme qui a recommandé de garder un comportement sexuel responsable.

Les répondants pourront répondre à ces questions en utilisant simplement l'expression « Je suis d'accord/pas d'accord. », ou en utilisant une échelle de Likert à cinq points : « Je ne suis pas du tout d'accord. » (1), « Je ne suis pas d'accord. » (2), « Je ne suis pas sûr. » (3), « Je suis d'accord. » (4), « Je suis tout à fait d'accord. » (5).

Il existe deux manières par lesquelles l'émotion agit sur l'impact de la communication relative à la santé. Tout d'abord, certaines émotions (tout particulièrement la peur) peuvent être un obstacle au changement. Par exemple, tant que les femmes auront trop peur de demander à leurs partenaires d'utiliser des préservatifs, il y a peu de chances qu'ils modifient leur comportement. Inversement, si au niveau du couple, la peur de la grossesse devient plus prononcée (et plus forte), ces couples seront plus réceptifs aux messages sur la planification familiale et d'autant plus motivés à modifier leur comportement. Deuxièmement, il arrive qu'au moins un niveau de réaction émotionnelle soit nécessaire avant que les gens prennent au sérieux les messages et remettent en question leurs propres croyances, contre-arguments et auto-rationalisations contribuant au maintien ou à la modification de leur comportement. Finalement, le contenu émotionnel du message pourra le faire ressortir parmi les divers autres messages qui accaparent l'attention de l'auditeur. De cette manière, le contenu émotionnel du message contribue à son niveau d'efficacité.

L'un des inconvénients de cet indicateur se rapporte à la mesure de l'émotion plusieurs jours ou semaines après que le répondant ait vu ou entendu le message. Certains événements, ayant une forte charge émotive, sont très mémorables et demeurent gravés dans la mémoire pendant quelque temps. D'autres produisent une réponse émotive vague qui pourra être remplacée par d'autres émotions causées par des événements plus récents. Autrement dit, cet indicateur est sujet à un certain niveau de biais de rappel. Cependant, des tests supplémentaires de cet indicateur dans l'évaluation de programmes nationaux de communication pourront donner une indication de sa valeur en tant que direction à suivre dans l'analyse des effets de la communication.

LE POURCENTAGE DU PUBLIC VISÉ CERTAIN DE POUVOIR CHANGER DE COMPORTEMENT**Définition**

Cet indicateur fournit une mesure de la perception de l'efficacité de soi, à savoir, la conviction que ressent un individu de pouvoir suivre avec succès le comportement désiré pour parvenir à un effet particulier. En d'autres termes, il s'agit du degré de confiance d'une personne à se comporter d'une certaine manière. Par exemple :

- L'utilisation du préservatif durant chaque relation sexuelle en dehors du mariage ;
- Le fait de s'abstenir de relations sexuelles pendant six mois ;
- L'utilisation continue d'une méthode contraceptive pendant un an ;
- Le fait de visiter une clinique de planification familiale si nécessaire ;
- Le fait de parler avec son/sa (ses) partenaire(s) sur les relations sexuelles à moindre risque.

Cet indicateur est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de personnes sûres de pouvoir suivre le comportement en question}}{\text{Le nombre total de personnes dans le public visé}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses à partir des enquêtes.

Source(s) de données

Des enquêtes aux niveaux national, régional et local auprès de membres du public visé (de préférence un échantillon représentatif).

But et questions

Les théories et modèles clés concernant le changement de comportement reconnaissent l'importance de la perception d'efficacité de soi pour l'adoption d'un comportement et sa pratique continue. De nombreuses évidences montrent aussi que l'efficacité de soi est un déterminant clé du changement de comportement. Par

exemple, Bandura (1986) maintient que la façon dont les gens jugent leur capacité d'organisation et de mise en œuvre de certains comportements (l'efficacité de soi perçue) constitue le facteur du comportement humain le plus influent et joue un rôle déterminant dans les choix que font les gens.

L'efficacité de soi telle qu'elle est perçue aide à expliquer pourquoi le comportement des gens varie fortement, même lorsqu'ils ont accès à des ressources semblables, telles que les connaissances et les compétences. Plus une personne se sent à l'aise avec la prise d'une décision donnée, plus elle sera à même de la suivre. Une femme ayant peu confiance en sa capacité d'insister sur le fait que son partenaire utilise un préservatif n'est pas très à même d'adopter ce comportement. À mesure que l'efficacité de soi s'accroît, l'effort qu'une personne fournit pour suivre un certain comportement s'accroît aussi. L'efficacité de soi a aussi un effet sur le niveau de performance du comportement, la persévérance à effectuer une tâche même lorsque cela peut être difficile, le degré d'anxiété ou d'assurance pour effectuer la tâche, et les réactions exprimées.

Lorsqu'ils veulent mesurer l'auto-efficacité, les évaluateurs doivent faire une différence entre le fait d'avoir les capacités nécessaires pour accomplir une certaine tâche et l'efficacité de soi perçue pour l'accomplir. Par exemple, le fait d'avoir les connaissances et les compétences qu'il faut pour l'utilisation d'un préservatif constitue une mesure de la capacité, et non de l'efficacité de soi. Dans ce cas, la façon correcte de mesurer l'auto-efficacité serait de noter le niveau de confiance qu'a une personne en sa capacité à négocier l'utilisation du préservatif. De la même manière, le fait de savoir dire « non » aux relations sexuelles pourra être un indicateur des compétences en négociation en matière de sexualité, alors que la croyance d'une personne en sa capacité à refuser les relations sexuelles dans certaines circonstances est une mesure de l'auto-efficacité telle qu'elle est perçue. Il est clair qu'il y a un lien entre les deux concepts. Le développement de l'efficacité de soi

concernant un comportement commence avec un certain niveau de connaissance du comportement. Le fait d'être exposé à des situations différentes accroît l'efficacité de soi, en fournissant à une personne la possibilité de mettre en pratique un nouveau comportement. Il arrivera cependant qu'une personne ait une certaine connaissance, mais n'agisse pas en fonction de cette connaissance à cause d'un manque de confiance en soi pour mettre en œuvre l'action qu'il faut.

Les questions sur l'efficacité de soi telle qu'elle est perçue devraient être précises et se rapporter à des circonstances particulières. Par exemple, l'efficacité de soi lorsqu'il s'agit de négocier des relations sexuelles à moindre risque pourra varier en fonction du contexte. Ainsi, une question qui ne prend pas en compte le contexte pourra être un mauvais indicateur pour mesurer l'auto-efficacité. (En ce qui concerne les applications au niveau des programmes de santé de la reproduction pour les adolescents, nous renvoyons le lecteur à la partie III.
H : Le pourcentage d'adolescents certains de pouvoir refuser d'avoir des rapports sexuelles s'ils (si elles) ne souhaitent pas en avoir et le pourcentage d'adolescents certains de pouvoir convaincre leur(s) partenaire(s) d'utiliser un moyen de contraception/des préservatifs s'ils (si elles) le souhaitent.)

Cet indicateur et la question du genre

En Afrique sub-saharienne, où les jeunes filles sont quatre à cinq fois plus à risque d'attraper le VIH/SIDA que les jeunes gens de leur âge, le VIH/SIDA est de plus en plus lié à l'inégalité entre les sexes (ONUSIDA, 2001). Les adolescentes forment peut-être le groupe démographique ayant le plus de difficultés à négocier avec leur partenaire sexuel. Même si l'efficacité en soi peut s'accroître avec l'âge, souvent, dans les contextes où l'utilisation du préservatif est lié aux rapports sexuels clandestins/interdits, même les femmes ayant un bon niveau d'éducation et/ou un emploi, et qui, se sentent en mesure de prendre des décisions d'autres domaines, pourront faire face à des obstacles lorsqu'elles voudront exiger que leur partenaire habituel utilise un préservatif. Il faudrait que les interventions visant à accroître l'efficacité en soi parmi les jeunes filles et les femmes impliquent aussi les hommes afin d'atteindre non seulement l'assurance que le comportement pourra être adopté, mais aussi qu'il soit effectivement adopté.

LE POURCENTAGE DE NON UTILISATEURS AYANT L'INTENTION D'ADOPTER UNE CERTAINE PRATIQUE À L'AVENIR

Définition

Cet indicateur fournit une mesure de l'intention des non utilisateurs d'adopter un certain comportement. Par « non utilisateurs », on entend les individus issus du public visé ne mettant pas (encore) en pratique le comportement en question.

On définit opérationnellement « ayant l'intention » comme le pourcentage de non utilisateurs répondant par l'affirmative à la question : « Avez-vous l'intention de ____ (mettre en pratique un comportement de santé particulier) à l'avenir ». Les évaluateurs devraient préciser une période de temps, par exemple, « au cours des 12 prochains mois ».

Le terme de « comportement » se rapporte au résultat souhaité par le programme au niveau des membres de la population concernée.

Cet indicateur est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de personnes ayant l'intention d'adopter un comportement au cours des 12 prochains mois}}{\text{Nombre total de personnes dans le public visé}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses obtenues lors des enquêtes. Comme dans le cas de l'attitude, si les chercheurs utilisent une échelle de Likert à cinq points, il leur faut décider s'ils vont ajouter « forte intention » à « un peu d'intention », afin de parvenir au pourcentage total de ceux qui ont l'intention d'adopter le comportement souhaité.

Source(s) de données

Des enquêtes aux niveaux national, régional ou local auprès de membres du public visé (de préférence un échantillon représentatif).

But et questions²

Le fait de décider de mettre en pratique un certain comportement (par exemple, d'accoucher à l'hôpital, d'allaiter son enfant) pourra se présenter sous la forme d'une déclaration d'intention d'agir à un moment donné dans l'avenir. La valeur attribuée à cette mesure d'intention pourra varier selon le degré d'avancement du programme ou selon le public concerné. Par exemple, dans les cas où le comportement est encore nouveau et peu pratiqué et où les médias sont en train d'essayer de créer une conscientisation, d'accroître les connaissances et de transformer les attitudes, l'intention d'utiliser constitue un pas important vers le changement de comportement. Dans le cas de programmes où le public n'est pas encore en mesure d'agir (par exemple, on encourage les adolescents à retarder les premières relations sexuelles), l'intention d'utiliser un moyen de contraception au moment approprié est un bon indicateur d'effet (*outcome*) pour le court terme. En effet, le changement de comportement sur le long terme n'est pas disponible. Un autre indicateur utile dans le cas des adolescents est l'intention de retarder les premières relations sexuelles.

L'intention est pertinente dans le cas des membres du public visé qui **ne** mettent **pas** encore en pratique le comportement concerné. Les évaluateurs pourront aussi mesurer le degré d'intention ou la probabilité d'adopter la pratique concernée en demandant aux membres du public visé de répondre aux questions selon une échelle à cinq points sur la probabilité (de façon définitive, probablement, ne sait pas, probablement pas, absolument pas).

² Bien que le terme « intention » se rapporte à une réaction comportementale que l'on pourrait caractériser d'effet intermédiaire (et ainsi inclus dans la troisième partie de ce *Compendium* sous la rubrique de types particuliers de programme), il tend à être utilisé en relation avec l'évaluation de programmes de CCC et constitue un pas important entre la non utilisation et l'utilisation, un aspect que les études de comportement ont tendance à négliger.

Une autre approche serait de combiner les deux sortes d'intention afin de parvenir à un seul comportement souhaité (par exemple, une sexualité plus saine). Les programmes de communication visant la jeunesse pourraient établir une mesure du pourcentage du public qui dit avoir résolument l'intention de s'abstenir de relations sexuelles jusqu'au mariage ou d'avoir résolument l'intention d'utiliser un préservatif lors de chaque relation sexuelle.

En général, les mass media s'acharnent à faire prendre conscience aux gens d'un avantage ou à éveiller un besoin latent : (« Souhaitez-vous que la santé de votre bébé soit meilleure ? »). Les évaluateurs pourront mesurer la capacité de créer un besoin ressenti, à partir de l'intention rapportée (« J'ai l'intention d'allaiter mon bébé exclusivement au sein pendant six mois, parce que ça lui donnera une meilleure santé »). Sur la base des théories de la persuasion, les messages conçus pour les interventions dans le domaine de la CCC en SR visent habituellement à établir le lien entre mise en pratique de nouvelles valeurs/nouveaux avantages, à accorder plus d'importance à ces valeurs et/ou à renforcer la croyance que de tels avantages seront en effet le résultat de la mise en application de la pratique concernée. Les évaluateurs utiliseront des *focus groups* ou des entrevues en profondeur auprès de membres du public visé afin d'identifier les attitudes les plus importantes par rapport à l'intention et à la mise en pratique du comportement concerné.

En général, l'intention relie les attitudes et le comportement. Ce ne sont pas tous les individus ayant des intentions qui parviennent à les concrétiser immédiatement. Dans le cas de programmes de prévention du VIH/SIDA, certains membres de la population pourraient vouloir se faire tester pour le VIH, mais ne pas avoir accès à un centre de dépistage. Les programmes de communication peuvent avoir un effet sur les attitudes et l'intention de modifier le comportement (en l'occurrence, passer un test de dépistage) sans pour autant avoir un effet sur le comportement. L'intention, en tant qu'étape dans le processus de changement de comportement, est un élément « nécessaire mais pas suffisant » lorsqu'on veut prévoir avec certitude un changement de comportement.

Indicateur

LE POURCENTAGE DU PUBLIC VISÉ AYANT ENCOURAGÉ (OU DÉCONSEILLÉ) À LEURS AMIS ET À MEMBRES DE LEUR FAMILLE D'ADOPTER LA PRATIQUE EN QUESTION

Définition

« Encouragé » renvoie au fait de parler en termes positifs à propos d'une pratique ; « déconseillé » veut dire qu'on en parle en termes négatifs. La définition de « amis et membres de la famille » est laissée à la discrétion de l'enquêtée. Le fait « d'adopter une certaine pratique » se rapporte au comportement que la campagne de communication cherche à modifier.

Cet indicateur est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de personnes ayant encouragé (ou déconseillé) l'adoption d'une certaine pratique}}{\text{Le nombre total de personnes formant le public visé}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses des répondants tirées des enquêtes.

Source(s) de données

Des enquêtes aux niveaux national, régional ou local auprès de membres du public visé (de préférence un échantillon représentatif).

But et questions

On ne peut pas s'attendre à ce qu'un changement de comportement se maintienne si les bénéfices ne s'accumulent pas. Les effets positifs du comportement concerné (par exemple, l'allaitement au sein) en renforcent la pratique et en augmentant les chances de continuation. De plus, c'est surtout parmi les personnes ayant non seulement bénéficiées des avantages liés au comportement, mais ayant aussi parlé avec d'autres, que la pratique se poursuit le plus. Le plaidoyer individuel est une manière à la fois de renforcer son propre comportement et de créer un contexte social favorable pour que les autres renforcent leur ou soient encouragés à le changer. (Kincaid, 2000 ; Kincaid et al., 1999). Cependant, l'on peut aussi adopter et maintenir un comportement sans pour autant le promouvoir publiquement.

Les programmes de mass media peuvent être conçus de manière à rappeler aux utilisateurs actuels que les avantages ou les changements dans leur vie sont liés à la pratique en question. Les programmes pourront aussi encourager les utilisateurs satisfaits à en parler à leurs ami(e)s ou à aller avec eux (elles) à la clinique. Cet indicateur aide à évaluer dans quelle mesure un comportement est devenu une nouvelle norme au niveau de la société ou de la communauté. Ceci se fait au fur et à mesure que les membres de la famille et de la communauté de tous les horizons encouragent ou découragent activement le comportement, passant du changement perçus des normes sociales au soutien social actif. Le but de ces interventions est de confirmer le changement de comportement au niveau individuel grâce au plaidoyer et de faire en sorte que le comportement en question devienne une norme sociale établie que tous pourront suivre.

LE NOMBRE D'EXPOSITIONS À DES SITES WEB ET À D'AUTRES RESSOURCES LIÉES À L'INTERNET

Définition

Cet indicateur fournit une mesure du niveau d'exposition à l'Internet. Les « expositions » sont tous les échanges entre un(e) client(e) (que l'on définit non pas comme un utilisateur individuel, mais plutôt comme un logiciel tel qu'un navigateur, par exemple Netscape ou Internet Explorer) et le serveur qui soutient un site Web donné.

« Site Web » est un terme qui renvoie à un ensemble de documents électroniquement liés localisés sur un ordinateur connecté à l'Internet et que l'on peut identifier par un nom de domaine de la toile mondiale, *World Wide Web* (par exemple, www._____).

Par « ressources sur l'Internet », on entend les lieux d'entreposage de l'information, tels que les banques de données, bibliographies et matériels de référence auxquels les individus peuvent avoir accès à travers la toile mondiale (*World Wide Web*).

Les données nécessaires

Des statistiques issues de fichier log (*log file*, en anglais) créées par tout programme d'analyse de ces document Web, tel que Webtrends®, Analog ou Webalizer. Voir l'encadré II.F.2 en ce qui concerne les indicateurs spécifiques disponibles.

Sources de données

Les logs d'accès créés par le serveur Web lui-même (par exemple, Apache et IIS) et dans de rares cas, les listes d'utilisateurs inscrits à des sites Web contrôlés.

But et questions

Au cours des dix dernières années, l'Internet est devenu l'un des premier choix pour diffuser l'information et atteindre de nouveaux publics. Dans le domaine de la santé de la reproduction au niveau international, les utilisateurs sont avant tout les organisations œuvrant dans le domaine de la santé et souhaitant faire connaître les informations clés les concernant (par exemple, leur mission, leurs activités clés, leurs points de contact,

leurs publications et une liste du personnel) de même que les professionnels de la santé qui recherchent des informations sur des sujets précis. L'Internet a véritablement révolutionné les moyens de diffusion de l'information, et ce, en facilitant l'accès pour le monde entier à des quantités énormes d'informations. Dans de nombreuses régions du monde, il existe certes encore des obstacles à l'accès (par exemple, des connaissances réduites en informatique, des difficultés techniques pour obtenir et maintenir une connexion, un coût très élevé pour maintenir le service). Cependant, l'Internet pourrait définitivement rendre l'accès à l'information plus égalitaire.

Aux États-Unis et dans d'autres pays développés, l'Internet est au service non seulement des professionnels de la santé, mais aussi des consommateurs à la recherche de biens et de services. En ce qui concerne la santé de la reproduction, les adolescents peuvent accéder à www.teenwire.com, un site Web ouvert aux adolescents créé par Planned Parenthood Federation of America dans le but de fournir des informations sur un éventail de sujets et de services liés à la santé de la reproduction. Dans ce cas, le site Web devient un outil important pour la CCC, en ce qu'il fournit au public visé une autre source d'informations (des dépliants, livrets, hotlines, débats instructifs). L'utilisation de l'Internet est certes beaucoup plus limitée dans certains pays en voie de développement, mais des sites Web sont en train d'apparaître, avec le but d'atteindre le grand public avec des messages sur la SR. Par exemple, plusieurs sites ont été développés en espagnol, pour fournir aux adolescents des informations et conseils sur la SR. On trouve, entre autres :

@adolescencia (développé au Mexique) <http://www.adolescencia.uanl.mx>

Plusieurs compagnies ont aussi apporté leur contribution à la dissémination d'informations sur la SR aux jeunes adultes, à travers l'Internet. Par exemple, Sheringg a apporté son soutien à la mise en place de sites Web en

Afrique et en Asie, tels que :

<http://www.femalelife.co.za>

<http://www.asia.femalelife.com>

L'analyse de l'utilisation des sites Web (connue sous le nom d'analyse des fichiers logs) est une méthodologie très prometteuse pour capter le flot d'informations entre les sites Web et les consommateurs. Cette quantification n'est en aucun cas précise, pour les raisons définies ci-dessous, mais les statistiques fournissent cependant une mesure brute de l'utilisation des sites Web.

Les données saisies dans un fichier log varient selon le type de serveur et le format de fichier log que ce serveur peut soutenir. Les données tirées de l'analyse d'un fichier log répondent aux questions suivantes :

- **Qui** : l'adresse de l'ordinateur effectuant une requête pour un fichier log ;
- **Quoi** : le URL (*Universal Resource Locator* ou adresse universelle ou nom) du dossier demandé ; et
- **Quand** : la date et l'heure de la requête.

Parmi les autres informations pouvant être utiles on trouve :

- Le URL (à savoir, le site Web où l'utilisateur a trouvé un lien vers ce site) ; et
- Le navigateur et le système d'opération (par exemple, PC ou Macintosh) qu'utilise l'ordinateur effectuant la requête.

Le fichier log n'est **pas** en mesure de saisir des données sur :

- Le nombre d'utilisateurs individuels. Un « utilisateur » au niveau du fichier log est ce qui correspond à l'adresse IP (ou *Internet protocole*). Il s'agit d'un nombre composé de quatre groupes de chiffres assignés de façon arbitraire à un ordinateur ou un réseau d'ordinateurs. L'adresse IP ne correspond pas forcément à un ratio exclusif se rapportant à une seule personne, étant donné que l'adresse peut représenter une « araignée » (par exemple, un moteur de recherche automatisé, tel que Google ou AltaVista), une cache (un serveur de remplacement ou un fournisseur de services Internet, tel que America Online (AOL)), ou un réseau d'ordinateurs ;
- Les identités des individus (par exemple, une adresse de courrier électronique) ;

- Des données de type qualitatif concernant les raisons pour visiter un site, les réactions au contenu du site, l'utilisation effective des fichiers consultés et des informations connexes (se reporter au prochain indicateur, **L'utilisation des produits sur un site Web donné**) ; et
- Les fichiers qui n'ont pas été consultés : les fichiers logs n'ont pas d'archives concernant les fichiers pour lesquels il n'y a pas eu d'activité. Ainsi, les « pages les moins utilisées » n'indiquent pas les pages **inutilisées**.

La raison pour laquelle le nombre de requêtes (ou « d'expositions ») pour un site Web n'est pas égal au nombre d'utilisateurs est à cause de l'emploi de « caches ». C'est une procédure par laquelle le système emmagasine automatiquement une page qui a été téléchargée dans une énorme banque de mémoire pendant un bref moment afin de diminuer le temps de réponse. Ainsi, un fichier souvent demandé pourra être tiré directement de cette cache, et le serveur ne conserve aucune trace de ces visites (consultations). Le fait d'utiliser une cache réduit d'une quantité inconnue le niveau d'utilisation effectivement enregistré par le serveur.

Un autre inconvénient de l'analyse de fichiers logs se rapporte à la situation géographique de l'utilisateur. Les fichiers logs ne constituent pas un moyen fiable d'évaluer la distribution au niveau géographique des utilisateurs, et ce, pour deux raisons. Premièrement, une adresse IP est un nombre unique, relié à un appareil ou à un réseau d'appareils plutôt qu'une adresse servant à identifier des gens. Par exemple, une seule adresse IP pourra représenter tous les employés d'un lieu ou d'une organisation donnés. Ainsi, on ne pourra pas assimiler le nombre d'adresses IP individuelles au nombre d'utilisateurs uniques.

Deuxièmement, les logiciels d'analyse des fichiers logs ont tendance à établir leurs statistiques géographiques à partir du lieu où le nom du domaine a été enregistré (ceci pourra être différent du lieu où se trouve l'utilisateur PC). Par exemple, le fichier log enregistre les individus d'Amérique du Nord accédant à un site à travers America Online situé dans l'état de Virginie (siège social d'AOL). De plus, le système confond souvent la situation géographique (« mx » pour le Mexique, « cn » pour la Chine) et le type d'organisation de l'utilisateur (.edu, .org, .com) dans la structure du nom du domaine. Certains pays, tel que l'Australie, ont rendu obligatoire l'utilisation à la fois d'un suffixe relatif à l'organisation et

d'un relatif au pays (par exemple « au » pour l'Australie). Cette convention n'est cependant pas universelle ; là où il n'y a pas de suffixe pour le pays, les suffixes .com, .org ou .net, pourraient se rapporter à des entreprises commerciales, organisations et réseaux de n'importe quel pays. Ainsi, les systèmes d'analyse de fichiers logs qui présentent la distribution géographique et le type d'organisations sous forme de tableaux distincts peuvent être trompeurs. D'un autre côté, les organisations travaillant dans le domaine du développement qui cherchent à atteindre des publics dans des pays en voie de développement peuvent prouver l'utilisation d'un site Web par des utilisateurs d'un pays particulier, même si le chiffre sous-estime le nombre effectif d'expositions venant de ce pays.

Les informations générées par l'analyse des fichiers logs s'avèrent utiles, non seulement aux évaluateurs de programmes, mais aussi aux administrateurs de sites Web (par exemple, lors de la détection de problèmes, tels que les « requêtes manquées » sur certaines pages).

Il est possible aussi de saisir l'utilisation de données issues d'autres ressources, telles que les CD-ROM et les centres d'apprentissage de l'informatique. Par exemple, INPARRES, à Lima, au Pérou, a élaboré et testé un CD-ROM interactif multimédia intitulé « Isabel : votre conseillère électronique », dans le but de faire passer des informations sur la PF, la SR et la sexualité. Les adolescents et les jeunes venant à la clinique peuvent accéder au programme en utilisant des écrans tactiles. Ce programme comprend des vidéos, des dessins animés, du texte et de l'audio. Une banque de données anonyme enregistre les informations telles que le sexe, l'âge, le niveau d'éducation et le lieu de résidence.

Malgré les inconvénients liés à l'analyse de fichiers logs du niveau d'utilisation d'un site Web, les données obtenues par ce moyen donnent une mesure brute du flou d'information entre les sites Web des programmes et le public. Ceux et celles qui utilisent ces informations ne devraient pas interpréter ce chiffre comme une mesure précise de l'utilisation. Ils devraient plutôt en évaluer les tendances au fil du temps et identifier l'accès relatif aux différentes sections (sujets) d'un site Web. Haigh et Megarty (1998) ont résumé ce manque de précision de l'analyse des fichiers logs en disant que cela « devient sans doute être mieux vu comme un art déguisé en science ».

Encadré II.F.2 Les indicateurs utiles sur l'utilisation d'un site Web dans le cadre de l'évaluation de programmes

Le nombre total d'expositions : Le nombre de requêtes effectuées par un navigateur d'un serveur Web ; en d'autres termes, le décompte de toutes les requêtes y compris les pages HTML, les images, les feuilles de style et les « scripts », entre autres.

Le nombre total de visites par page : Un décompte des requêtes qui ont réussi pour une page particulière (en d'autres termes, une unité de texte de longueur indéfinie ayant un lien avec le concept ou l'idée principale ; les pages sont des fichiers se terminant généralement par .htm, .html, ou .asp).

Le nombre total de visites de la page d'accueil : Le nombre de fois que la page d'accueil d'un site Web est visitée. La page d'accueil d'un site est en général la première page que la plupart des utilisateurs abordent ; elle contient habituellement la méthodologie de navigation pour le restant du site, fournit des liens vers les secteurs les plus populaires, et souvent tente de communiquer le but du site Web et d'indiquer le sponsor aux utilisateurs.

Le nombre d'expositions ayant réussi/pas réussi : Par « réussi », on entend les fichiers qui ont été renvoyés au navigateur ; le terme « pas réussi » se rapporte aux requêtes qui n'ont pas pu être retournées ou renvoyées. Cette information est particulièrement utile au créateur du site Web, lui permettant de détecter les problèmes.

Les moyennes hebdomadaires/mensuelles : Les évaluateurs pourront calculer chacun des indicateurs ci-dessus pour une période de référence donnée (par exemple, une semaine, un mois, un trimestre, une année), dans le but d'évaluer l'utilisation d'un site Web au fil de temps.

Le nombre de minutes, en moyenne, qu'une page a été affichées dans le navigateur d'un utilisateur : Cet indicateur permet d'exprimer en termes quantitatifs le temps que les utilisateurs du site Web passent sur divers sujets (ou pages).

L'UTILISATION DES PRODUITS SUR UN SITE WEB DONNÉ

Définition

Cet indicateur fournit une mesure de l'utilisation des produits inclus dans un site Web. Le terme « utilisation » se rapporte à ce qu'une personne fait avec les informations auxquelles elle a eu accès sur un site Web ou une autre ressource Internet. Qu'est-ce qui motive cette personne à visiter ou s'inscrire à une ressource (par exemple, un site Web, un groupe de discussion par courriel), et de quelle manière les informations obtenues par ce moyen ont été utilisées ?

Les données nécessaires

Les réponses des utilisateurs d'une ressource particulière sur l'Internet, y compris les sites Web, les forums et les groupes de discussion par courrier électronique (« Listserv » ou liste de diffusion).

Source(s) de données

Des enquêtes en ligne et des entrevues téléphoniques ou face-à-face avec des utilisateurs pour obtenir leur feedback.

But et questions

Ceux qui fournissent des informations au public grâce à un site Web sur l'Internet, ou qui sont les hôtes d'une liste de discussion par courriel (appelée parfois « listserv ») aimeraient aussi savoir quel usage est fait de ces informations : pourquoi l'individu a-t-il/elle accédé à cette ressource, que cherchait-il/elle à apprendre ; comment il/elle a utilisé ces informations ? Était-ce pour un exposé en classe ? Était-ce pour une présentation dans le cadre d'une réunion professionnelle, dans le but de répondre à un appel d'offre, d'être à jour sur le plan professionnel ou est-ce seulement pour satisfaire un intérêt personnel ?

Des enquêtes par courriel ou sur Internet sont utiles pour la collecte de ce genre d'informations. Ces enquêtes tendent à mieux fonctionner avec des questions fermées (par exemple, avec une réponse à choisir parmi un ensemble prédéterminé de réponses, du type oui/non, ou une échelle de Likert allant de 1 à 5). Une deuxième

source, l'analyse de contenu des informations issues des forums électroniques, fournit un résumé des sujets discutés, de la portée des informations échangées et du ton employé dans ces échanges.

Il faut mentionner plusieurs problèmes avec les enquêtes de rétro-alimentation des utilisateurs. Tout d'abord, ces enquêtes ne fournissent pas forcément des résultats représentatifs ; ce sont les enquêtes qui décident d'eux-mêmes de répondre au non aux questionnaires. Deuxièmement, les utilisateurs ont souvent besoin d'une sorte de récompense pour les motiver à remplir les formulaires et enquêtes de rétro-alimentation. Troisièmement, il se peut que les utilisateurs réagissent de manière négative lorsqu'on tente d'obtenir d'eux des données. Ils pourraient être agacés par les délais dûs à la nécessité de signer ou craindre que leur vie privée ne soit pas envahie.

Les évaluateurs devraient savoir que les principes généraux valables pour les enquêtes sur papier (soumises par courrier ou en personne) restent valables. Ils sont même plus importants lorsque les évaluateurs utilisent des enquêtes sur Internet ou par courriel. Le consentement éclairé, le ton et le langage utilisés invitant les personnes inscrites ou les utilisateurs à remplir les questionnaires, le caractère privé ou la confidentialité de leurs réponses et la nécessité de les informer des résultats de l'enquête sont tous des éléments très importants. De plus, un autre élément clé du processus d'évaluation est le respect des règles de « netiquette » visant à encourager la politesse, la civilité et une plus grande compréhension entre les utilisateurs/personnes inscrites.

Pour une compréhension plus approfondie des applications au niveau des utilisateurs et de l'impact laissé par les produits, l'évaluateur pourra mener des entrevues en profondeur auprès d'un échantillon d'utilisateurs pour obtenir des réponses sur l'expérience des utilisateurs avec le produit et l'usage faite des connaissances transmises (par exemple, en vue de renforcer les capacités, d'améliorer la performance).

Cependant, une collecte de données de ce type peut s'avérer coûteuse et exiger beaucoup de temps. Qui plus est, les entrevues pourraient être sujettes au biais de courtoisie et de rappel, et les personnes sélectionnés pourraient être méfiantes et se demander pourquoi elles ont été choisies. Les évaluateurs pourront éviter ce genre de méfiance s'ils choisissent d'enquêter tous les membres d'un groupe (par exemple, tous les utilisateurs d'une même ressource au cours d'une période de temps donnée). Du côté positif, c'est que les entrevues en personne permettent parfois d'obtenir de meilleures réponses qualitatives que les enquêtes en ligne, surtout dans des cultures valorisant le contact face à face.

Cet indicateur et la question du genre

Certes, aux États-Unis, l'évidence montre que les femmes et les filles sont autant à même que les hommes ou les garçons d'utiliser l'Internet, sinon plus. Cependant, le peu d'informations disponibles pour les pays en voie de développement montrent que les filles sont défavorisées lorsqu'il s'agit de l'accès aux ordinateurs et à la technologie sur le Web. Là où de telles ressources sont limitées, les déséquilibres du pouvoir entre les sexes seront plus à l'avantage de l'utilisation de l'Internet par les hommes que par les femmes. Ceux qui font la promotion de produits sur le Web, tels que les programmes interactifs d'éducation sexuelle cherchant à atteindre à la fois les filles et les garçons, à travers les ordinateurs à l'école ou dans les bibliothèques, les cafés Internet et par d'autres moyens, devront peut-être penser à mettre en place des heures d'utilisation ou des sites « seulement pour les filles ». De cette manière, les filles pourront avoir accès à cette technologie et à l'information disponible.

Partie II.G

La Recherche Opérationnelle

- ❑ La performance de la recherche opérationnelle et l'impact des résultats

Qu'est-ce que la RO ?

Par recherche opérationnelle (RO), on entend une approche visant l'amélioration des prestations de services ou le renforcement d'autres aspects relatifs aux programmes. Bien que la RO puisse englober des études diagnostiques ou d'évaluation, son usage le plus courant reste l'étude d'interventions, selon les cinq étapes suivantes :

1. L'identification des problèmes relatifs à la prestation de services ;
2. L'identification des stratégies envisageables face à ces problèmes ;
3. La mise à l'épreuve de ces stratégies dans des conditions quasi-expérimentales ;
4. La distribution des conclusions parmi les gestionnaires de programmes et décideurs politiques ; et finalement,
5. L'utilisation, dans le but d'améliorer les programmes de prestation de services, des informations recueillies (Fisher et al., 1991).

Cette approche s'avère particulièrement utile lorsqu'il s'agit de mettre à l'essai des stratégies nouvelles possiblement controversées de prestation de services. Les organisations de mise en œuvre auront la possibilité d'essayer la nouvelle approche sur une petite échelle, sans avoir à l'adopter au niveau de toute l'organisation. Si elle devrait s'avérer inefficace ou causer des réactions politiques indésirables, elle pourrait être abandonnée et remplacée par une autre approche à un coût politique relativement bas. En revanche, si l'intervention s'avérerait efficace et était considérée comme acceptable au niveau de la population concernée, l'organisation pourrait alors en utiliser les résultats et en justifier l'adoption/l'expansion au niveau de l'organisation. Par ailleurs, une mise en application réussie de la RO pourrait inciter d'autres organisations à adopter la même intervention au niveau de leurs propres programmes.

L'évaluation de la RO devrait tenir compte aussi bien du processus que de l'impact. Jusqu'à ce qu'il y ait encore peu de temps, il n'y avait encore pratiquement pas d'évaluation de recherche opérationnelle. Ceci provient en partie de ce que la plupart des projets en RO sont conçus dans le but d'évaluer une intervention. Est-il alors nécessaire d'« évaluer l'évaluation ? » Dans les cas où il y a eu évaluation de projets de RO, elle a eu tendance à produire une mesure des sorties (par exemple, combien d'études ont été menées, combien de rapports ont été distribués). Quelques exceptions notables mises à part (Solo et al., 1998), il existe très peu d'évaluations systématiques d'impact, sauf celles tenant compte des changements au niveau des procédures ou des politiques relatives à la prestation de services induits par la mise en œuvre de cette approche.

Sous les auspices du projet ÉVALUATION un Groupe de travail sur la RO s'est réuni en 1992-1993. Il a proposé un ensemble d'indicateurs pour l'évaluation des études de RO (publiés antérieurement dans Bertrand et Brown, 1997). Ce travail, sous l'égide du programme FRONTIERS, a ouvert la voie à l'élaboration d'un ensemble plus complet d'indicateurs qui ont pu être mis à l'essai dans plusieurs pays de 1999 à 2001. Le nouvel ensemble d'indicateurs que nous présentons ici permet d'estimer à la fois comment marche une étude (le « processus ») et l'étendue des changements que ses résultats entraînent au niveau des procédures ou politiques relatives à la prestation de services (« impact » dans cette section). De plus, cet ensemble comprend des indicateurs relatifs au contexte, décrivant les facteurs qui favorisent ou entravent le déroulement de la RO et l'utilisation des résultats ; ils permettent d'expliquer ce qui est (ou non) arrivé ; mais à l'inverse des indicateurs de processus ou d'impact, ils ne reçoivent pas de score.

Cette liste d'indicateurs devraient être particulièrement utile à ceux et celles qui voudraient suivre de manière plus systématique « ce qui se passe » suite aux études de RO. Aux autres, cet exercice pourra paraître trop académique, et la liste d'indicateurs trop longue et

trop détaillée. Bien que nous en présentions ici la liste complète, nous incitons les utilisateurs à y sélectionner le sous-ensemble d'indicateurs répondant le plus à leurs propres besoins (par exemple, la pertinence, la faisabilité technique, la crédibilité des conclusions et la preuve qu'un changement s'opère).

Les défis méthodologiques de l'évaluation de la recherche opérationnelle

- **Habituellement, par « impact » on entend tout changement attribuable au projet, mais la RO n'est qu'un des nombreux éléments ayant une influence sur la prise de décisions.**

La recherche opérationnelle a été un important facteur catalysant dans le domaine de la planification familiale. Son rôle dans le domaine du VIH/SIDA, de la maternité sans risque, des soins après avortement, de la prévention de l'excision génitale féminine et dans d'autres domaines connexes de la santé de la reproduction est maintenant croissant. Néanmoins, une étude de RO peut rarement à elle seule, être la cause de changements majeurs au niveau de la prestation de services ou des politiques. Au niveau du contexte de la prestation de services, il est presque impossible de démontrer un lien de cause à effet lors de l'évaluation de l'impact d'une étude de RO.¹ Souvent, d'autres organismes sont impliqués dans l'apport du soutien technique essentiel à une mise en œuvre réussie de l'intervention. De plus, un climat politique changeant

¹ Autrement dit, il est possible, grâce à une conception expérimentale, de démontrer que l'intervention a été la cause d'un certain changement au niveau des comportements parmi les membres du public cible. Toutefois, le plus difficile sera de déterminer qu'un projet de RO particulier était le seul élément responsable pour le changement au niveau des procédures ou des politiques. Souvent, d'autres événements se produisent en même temps et ont une influence sur les processus de décision. Par exemple, au Guatemala, diverses organisations ont réalisé des études de RO sur le niveau d'acceptabilité du DepoProvera, distribué par des voies différentes (par exemple, la distribution à base communautaire et par le biais de cliniques). Il s'en est suivi que le Ministère de la santé l'a adopté et inclus dans sa gamme de méthodes de contraception. Bien que les études aient probablement contribué à l'inclusion de Depo dans la gamme des méthodes acceptées par le Ministère de la santé, on ne peut pas exclure la possibilité que celui-ci ait pu décider de fournir Depo à ses clientes pour d'autres raisons (par exemple, l'approbation de Depo par le « *Food and Drug Administration (FDA)* » des États-Unis, des nouvelles concernant sa popularité dans des pays voisins, la bonne volonté des bailleurs de fonds internationaux à fournir cette méthode). C'est pour cette raison que nous avons déclaré plus haut qu'il est « pratiquement impossible de démontrer un lien de cause à effet lors de l'évaluation d'une étude de RO ».

(dans un sens ou l'autre), peut influencer l'utilisation des résultats de la RO. Un objectif plus réaliste serait de chercher à démontrer les liens d'attribution plausibles. Pour en réaliser les conditions, il faut que le changement au niveau de la prestation de services ou des politiques soit :

- initié par des personnes connaissant bien les résultats de la RO ;
 - mis en place après l'étude de RO ; et
 - en rapport avec les résultats et recommandations de l'étude de RO.
- **La prise de décision est un processus complexe et pas forcément rationnel.**

Des études du rôle des résultats de recherche dans le contexte de la prise de décisions ont montré que d'autres facteurs très nombreux exercent une influence sur la prise de décisions (Trostle, Bronfman et Langer, 1999 ; Anderson et al., 1999 ; Iskandar et Indrawati, 1996). Les gestionnaires de programme et autres décideurs clés n'envisageront de mettre en pratique que les recommandations issues de recherches qu'ils considèrent comme étant de très bonne qualité et menées par des chercheurs de bonne réputation, en accord avec les valeurs organisationnelles et le contexte social et politique. Ces recherches devront aussi être en mesure de fournir une solution adaptée à un problème reconnu, en tenant compte des ressources disponibles. Les décisions pourront aussi découler d'autres facteurs, moins évidents, tels que les relations interpersonnelles avec les chercheurs (Trostle, Bronfman et Langer, 1999) ou la sécurité de l'emploi. L'évaluation du contexte n'est pas facile ; cependant les évaluateurs doivent le prendre en compte, parce qu'il joue un rôle important quant à la traduction des recommandations ou le changement au niveau des programmes et des politiques.

- **Un « changement au niveau des politiques » implique des actions offrant une grande variété dans leur impact éventuel.**

Les politiques comprennent des déclarations formelles du gouvernement, des lois et règlements, un ensemble auquel les personnes travaillant dans le domaine des politiques appliquent le terme de « Politique avec un grand P ». Ce terme peut également renvoyer aux règlements, directives et normes d'une organisation donnée (auxquels certains attribuent le nom de « politique avec un petit p »). Au sein d'un même pays, les politiques peuvent être appliquées à des niveaux différents du programme et par des processus variés. Les décisions adoptées par le système

parlementaire ou d'autres élus officiels, ou celles prises au niveau du pouvoir exécutif (par exemple, les conditions dans lesquelles l'avortement illégal a lieu dans un pays donné), auront ensuite un effet sur le pays tout entier. Les politiques d'une organisation donnée pourront ou non avoir des conséquences, dépendamment de la taille et de l'importance de l'organisation. Par exemple, la décision du Ministère de la santé d'introduire des services au niveau national en santé de la reproduction pour adolescents devrait avoir des conséquences considérables au niveau du contexte de la prestation de services. Par contre, l'impact éventuel d'un changement au niveau des politiques opérationnelles d'une petite ONG sera beaucoup moins important. La recherche opérationnelle peut être mise en place auprès des organisations de taille diverse, de ministères nationaux de la santé aux petites ONG locales ; le vrai défi méthodologique de l'évaluation des effets des projets de RO au niveau des politiques reste celui d'arriver à établir une définition de travail du type de politique souhaitable pour effectuer ce jugement. Un des critères possibles dans la définition du « changement au niveau des politiques » est que le changement au niveau des règlements, directives ou normes soit mis en place à travers toute l'organisation (par exemple, à travers tous les points de prestation de services opérés par l'organisation).

- **Habituellement, les évaluateurs ne peuvent mesurer l'impact que deux ou trois ans après que l'intervention soit terminée ; cependant, entre temps, d'autres peuvent intervenir.**

Même si aucune règle précise ne définit le laps de temps souhaitable avant d'entreprendre l'évaluation de l'impact d'une étude de RO, au moins deux ou trois ans sont nécessaires pour permettre à l'organisation d'adopter et d'institutionnaliser les changements fondés sur la recherche. On peut aussi envisager d'attendre la fin de toutes les études de RO au niveau d'un programme donné et d'en faire ensuite une évaluation globale. Cependant, toute marge excédant les trois ans serait susceptible de voir la mise en place de beaucoup d'autres changements, ce qui compliquerait davantage encore l'évaluation. Un taux de renouvellement du personnel trop élevée pourrait compliquer la tâche, voire même la rendre impossible, des évaluateurs dans leur besoin de contacter et d'interviewer des répondants importants. De nombreux changements au niveau du contexte peuvent se produire entre-temps et compliquer davantage encore la question de l'attribution.

- **Par définition, les réponses des répondants clés sont subjectives.**

Les indicateurs exposés dans cette section s'appuient essentiellement sur trois sources de données primaires : les entrevues auprès de répondants clés, les documents relatifs aux projets et les visites de sites visant à observer les innovations mises en place suite à un projet de RO. Même si les répondants clés cherchent à faire preuve d'objectivité, leurs réponses, par définition, proviennent de perspectives personnelles. Dans le but de réduire au minimum le biais de subjectivité et pour rendre les informations plus crédibles, les évaluateurs devront effectuer des entrevues auprès de plusieurs individus au sujet de l'étude en question. Là où il y a désaccord, il leur faudra chercher à obtenir des informations supplémentaires à partir d'autres sources. Mais en fin de compte, il leur faudra recourir à leur meilleur jugement, ne pouvant se référer à aucun moyen systématique pour évaluer le « poids » des opinions des deux répondants clés.

- **La liste de contrôle des indicateurs ne fournit pas une mesure adéquate ou ne reflète pas l'importance de la dissémination des résultats.**

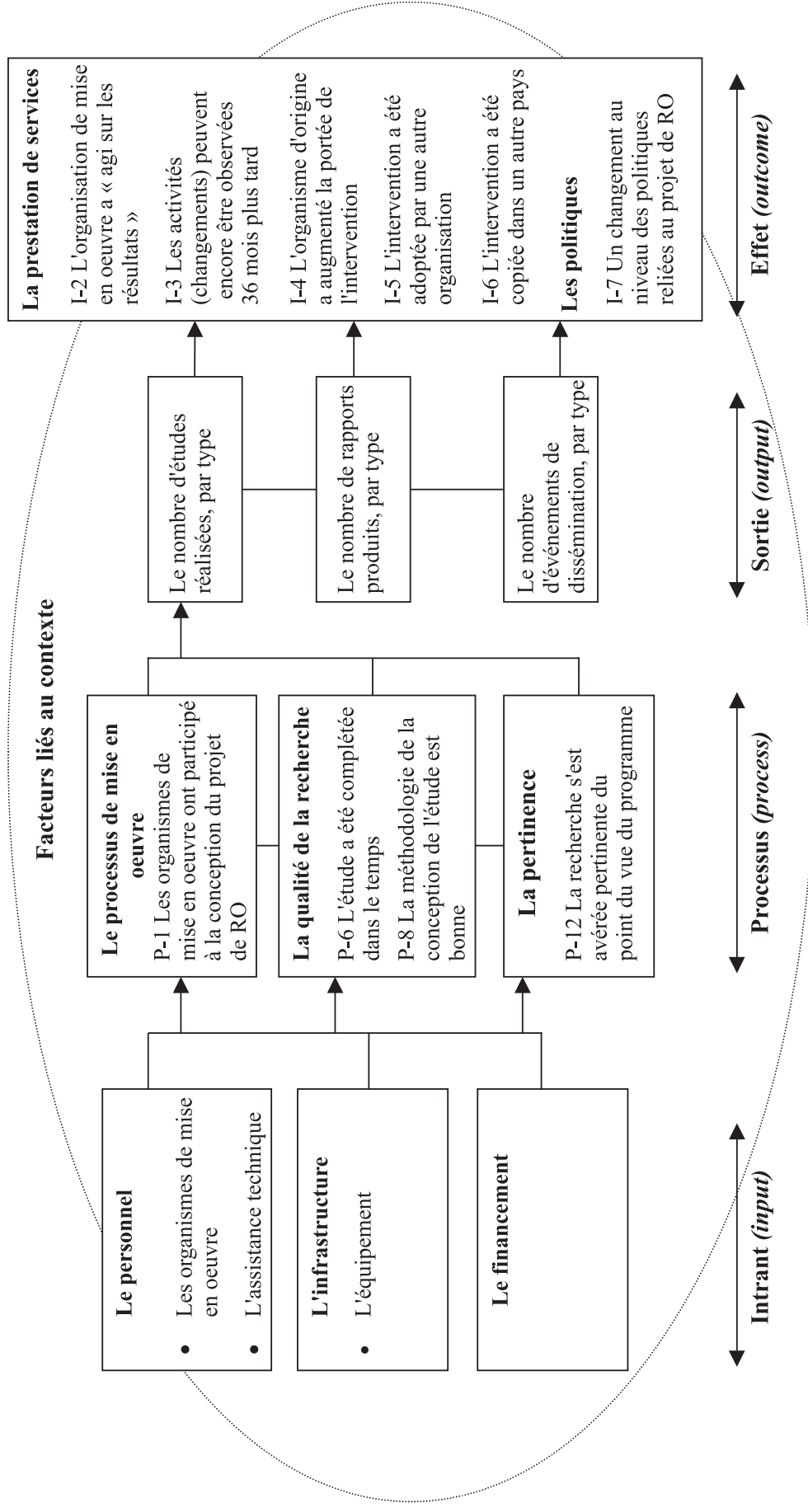
La recherche opérationnelle est menée dans un but précis : celui d'en utiliser les résultats en vue de l'amélioration des programmes. Ainsi, une des conditions nécessaires (mais pas suffisante) est que les publics adéquats puissent avoir connaissance des résultats et les utiliser dans la conception des programmes. Ainsi, en 1997, une petite ONG du Guatemala a mis à l'essai l'utilisation d'un collier pour aider les couples Maya à pratiquer correctement la méthode du rythme. Les taux d'échec de l'utilisation étaient très bas ; la plupart des couples (désirant utiliser le rythme comme méthode) ont trouvé cette méthode très satisfaisante. Les chercheurs ont disséminé les résultats de cette étude à d'autres groupes travaillant à la fois avec des populations Maya et non Maya (ou « ladino »). Suite à cela, le Ministère de la santé a inclus cette méthode parmi les méthodes contraceptives offertes. À cet exemple de dissémination réussie des résultats de RO s'opposent de nombreuses études qui, dans le passé, ne sont pas parvenues à atteindre les décideurs en mesure d'en utiliser les résultats. Ces études-là ont donc eu un impact réduit sur le système de prestation de services.

En résumé, la dissémination est un aspect essentiel du processus de RO. Sans une distribution efficace, la RO ne peut guère influencer la prestation de services ou les politiques, ce qui était sa fonction première. Cependant, trouver les **bons** indicateurs fournissant une mesure de cette dissémination, ne semble guère réalisable et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il n'existe pas de format standard de distribution s'appliquant à toutes les situations. Même si le séminaire de dissémination de fin de projet est dorénavant pratiquement la norme, il existe de nombreuses autres voies, telles que les présentations face à face devant des fonctionnaires de haut niveau, l'assistance technique à un organisme de mise en œuvre et les présentations dans le cadre de conférences internationales (accordant ainsi davantage de crédibilité aux résultats dans le contexte local). Deuxièmement, le nombre de personnes à atteindre pour s'assurer une distribution efficace n'est pas déterminé. Dans certains cas, il suffira d'atteindre une seule personne se trouvant dans un poste de décision clé pour lancer une idée dans une organisation. Alors que dans d'autres, il faudra atteindre un nombre important de personnes, par des voies multiples et pendant longtemps avant que le message fasse son chemin. Une évaluation récente de RO au Guatemala a mis à l'essai trois questions supplémentaires concernant la dissémination ; mais aucune ne s'est avérée tout à fait satisfaisante. Aussi, tenons-nous à avancer l'importance de la distribution et souligner le défi auquel les évaluateurs doivent faire face pour la mesurer.

Le cadre conceptuel de la recherche opérationnelle

On trouvera le cadre conceptuel utilisé pour l'élaboration des indicateurs sur la RO illustré dans la Figure II.G.1. Ce cadre conceptuel montre que les événements se produisant et faisant partie du processus de réalisation de la RO peuvent avoir un effet sur l'utilisation des résultats. De plus, les facteurs se trouvant au-delà du contrôle du projet de RO (par exemple, le taux de remplacement du personnel, la transformation des conditions économiques dans un pays) pourront aussi déterminer dans quelle mesure les résultats d'une RO se trouveront traduits en changements au niveau de la prestation de services ou des politiques. La figure II.G.1 contient aussi, à titre d'illustration, des indicateurs de processus et d'impact sur lesquels la méthode d'évaluation est fondée. La liste de ces indicateurs se trouve dans l'encadré II.G.1.

Figure II.G.1.1. Le cadre conceptuel pour l'impact de la recherche opérationnelle.



LA PERFORMANCE DE LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE ET L'IMPACT DES RÉSULTATS**Définition**

Cet ensemble de 25 indicateurs sert à évaluer les RO dans leur ensemble, et ce, en termes de (a) processus de réalisation de l'étude et (b) de son impact (autrement dit, l'utilisation des résultats de cette étude en vue de changer la prestation de services ou d'influencer les politiques).

Six indicateurs supplémentaires fournissant une mesure du contexte et d'autres facteurs sont inclus sous forme de liste dans l'encadré II.G.1. Il est à noter qu'ils ne sont là que pour donner un aperçu du contexte ; ils ne seront pas évalués lorsque les évaluateurs mesureront la performance de l'équipe de RO.

Les données nécessaires

L'évaluation par un évaluateur externe, sur la base des informations disponibles. Les évaluateurs attribuent un score à chacune des 25 rubriques selon une échelle allant de 1 (pas du tout) à 3 (beaucoup). Si l'indicateur I-1 est négatif (l'intervention n'a pas été efficace), alors I-2, I-4 et I-5 ne s'appliquent pas. (Nous renvoyons les lecteurs à l'exemple de formulaire de collecte de données en Annexe F).

Source(s) de données

Les documents relatifs au projet, en particulier dans le rapport final du projet.

Des entrevues auprès de répondants clés, y compris les chercheurs (tout particulièrement la personne en charge de recherches), les gestionnaires de projet et autres prestataires au sein des organisations de prestation de services en mesure de bénéficier de la RO, le personnel des organismes de bailleurs de fonds, les décideurs politiques et autres décideurs clés.

But et questions

Cet ensemble d'indicateurs sur la RO permet à l'évaluateur d'obtenir un ensemble de scores numériques soutenus par des justifications qualitatives se rapportant aux scores obtenus pour chaque étude de RO considérée. L'échelle en 3 points se rapportant à chaque rubrique

fait la distinction entre les études ayant fait preuve d'une bonne performance (3), celles dont la performance a été satisfaisante, mais a présenté des problèmes notables (2), et celles dont la performance n'est pas satisfaisante du point de vue de cet indicateur (1).

D'autres formats sont certes possibles, mais les indicateurs élaborés dans le cadre du programme FRONTIERS financé par l'USAID sont organisés selon le format d'une grille à double rôle : outil de collecte de données et format pour la présentation de rapports. (Voir l'Annexe F) Les évaluateurs pourront utiliser cette grille pour les guider lors de l'entrevue, pour s'assurer qu'il y ait concordance entre les répondants clés, les évaluateurs et les projets. Les évaluateurs pourront présenter les résultats se rapportant à chaque projet en se servant du même format. De plus, ils pourront rapporter les scores (numériques) de plusieurs projets dans un même tableau. Ils pourront ainsi comparer la performance des études dans leur ensemble (en comparant les colonnes) ou comparer certains indicateurs au niveau de toutes les études (en comparant les rangées), permettant ainsi aux évaluateurs de noter les domaines plus forts, et ceux qu'il faut améliorer. (Voir Bertrand et Marin, 2001.)

Les indicateurs sur la RO peuvent être répartis en trois catégories : ceux se rapportant aux processus, à l'impact, et au contexte/autre. Les indicateurs sur les processus se rapportent à la réalisation de l'étude ; ils peuvent être évalués une fois l'étude terminée. En revanche, les indicateurs d'impact ne devraient être évalués que trois ans plus tard, cela n'exclut nullement le fait de tenir compte de l'impact se manifestant plus tôt. De plus, cet instrument comprend six autres indicateurs relatifs au contexte et à d'autres éléments fournissant des éléments d'information sur le processus, lesquels ne sont pas inclus dans le comptage du score, puisqu'ils ne reflètent pas la « performance ».

Bien qu'il y ait un score pour chaque indicateur, leur ensemble ne se peut pas s'additionner. Les indicateurs fournissent une mesure des divers aspects du processus

et d'impact, et ces aspects n'ont pas forcément la même importance. Il n'y a pas non plus suffisamment d'expérience dans le domaine de l'évaluation de la RO pour attribuer de façon fiable un poids à chacun d'eux. Ce qui n'empêchera pas les évaluateurs de pouvoir comparer les scores séparément, ou par groupes d'indicateurs mesurant des aspects comparables, telles que la participation de l'organisme de mise en œuvre au cours des différentes étapes de l'étude ou dans le cadre de recherches ultérieures.

Encadré II.G.1 Les indicateurs pour l'évaluation des projets de RO

Les indicateurs relatifs aux processus (note : chaque indicateur dans cette section commence par un « P »)

P-1 L'organisation (ou les organisations) de mise en œuvre/collaboratrice(s) a (ont) participé activement dans la conception du projet de RO.

Par conception du projet de RO, on entend la formulation de l'étude, incluant la formulation du problème, la mise en place d'objectifs, la conception d'une intervention et le choix d'une méthodologie de recherche. La participation « active » sous-entend le fait de contribuer au travail en proposant des idées originales, et pas seulement par la participation aux réunions.

P-2 L'organisation (ou les organisations) de mise en œuvre/collaboratrice(s) a (ont) participé activement dans la réalisation de l'étude de RO.

Le terme de « participation active » indique que l'organisation a été impliquée au niveau de la prise de décision et a joué un rôle technique au niveau de la réalisation de l'étude, en employant de nouvelles personnes par exemple, en menant des ateliers de formation ou en analysant et interprétant les résultats.

P-3 L'organisation (ou les organisations) de mise en œuvre/collaboratrice(s) a (ont) participé à l'élaboration de recommandations pour le programme.

Avec cet indicateur, on se pose la question de savoir si ces organisations ont participé et à quel niveau ; par exemple, la collaboration dans la préparation des rapports, à travers des réunions formelles et au niveau de groupes de travail dans le cadre de conférences pour la dissémination des résultats.

P-4 L'étude a accompli ses objectifs de recherche.

Chaque étude a été conçue avec un ou plusieurs objectifs. Cet indicateur permet de déterminer si l'étude a atteint chacun de ses objectifs.

P-5 L'intervention a été mise en œuvre telle que prévue (ou avec quelques changements).

Les changements entre la proposition (plan) et la mise en œuvre de l'intervention se produisent souvent, et ce, favorablement. Avec cet indicateur, on cherche à déterminer si l'organisation a réalisé toutes les activités prévues dans l'intervention, en prévoyant quelques adaptations en rapport avec les réalités locales. Sinon, l'évaluateur devrait identifier tous les changements observés entre la conception et la réalisation de ces activités.

Le but de cet indicateur n'est pas de pénaliser une organisation pour avoir fait des changements. Plutôt, il permet de s'assurer que l'organisation a effectué des changements significatifs au niveau de la prestation de services (qu'il y a « quelque chose à évaluer »). Il y a deux raisons plausibles pour lesquelles une étude d'intervention pourrait échouer en essayant de montrer un changement au niveau de l'effet souhaité : (1) l'organisation n'a jamais mis en œuvre l'intervention concernée, ou bien elle l'a si peu fait que l'étude est à peine en mesure de confirmer son efficacité éventuelle, ou (2) l'organisation a entièrement mis en œuvre l'intervention, mais elle n'est pas parvenue à prouver les résultats souhaités. Avec cet indicateur, on tente d'éliminer la première possibilité en cherchant à savoir si l'intervention a effectivement été mise en œuvre.

P-6 Le (ou les) chercheur(s) ont complété l'étude sans retard (ou sans autres ajustements au niveau du calendrier) qui pourrait compromettre la validité de la conception de la recherche.

Il arrive souvent que les activités d'étude soient retardées. Avec cet indicateur, on cherche à identifier les délais ayant pu influencer le moment choisi pour l'intervention ou ayant pu diminuer l'efficacité de certaines activités (par exemple, un délai dans le déroulement de la formation aura pour résultat de diluer les effets de l'activité ; le temps écoulé entre l'intervention et la collecte finale des données a dû être écourté, et ce faisant, il n'y a plus assez de temps pour que se produise le changement souhaité).

P-7 Le personnel clé n'a pas changé pendant que s'est déroulé le projet de RO.

Par « personnel clé », on entend tout membre du personnel ayant pouvoir de décision au niveau de la conception ou de la mise en œuvre du sous-projet. Ces personnes pourront être le/la responsable des recherches, le/la coordinateur/coordinatrice de l'étude et le/la homologue au niveau des agences collaboratrices, y compris le personnel de service clé ou les fonctionnaires du gouvernement participant activement à la mise en œuvre.

P-8 La conception de l'étude était solide du point de vue méthodologique (sans défaut pouvant avoir un effet sur les résultats finaux).

Les évaluateurs devraient évaluer cet élément selon la section du rapport consacrée à la méthodologie et (si cela s'applique) sur des conversations avec les chercheurs. En général, l'évaluateur externe (et non un membre du personnel d'une des organisations participantes) prend une « décision en connaissance de cause » sur le sujet en question ; les répondants clés n'auront peut-être pas assez de connaissances ou d'expérience pour effectuer ce jugement.

P-9 La conception de la recherche était faisable dans le contexte local.

Par « faisable », on entend ici « raisonnable » ou « réalisable », à savoir, une conception que l'on pourrait aisément reproduire sans trop peser sur les ressources financières ou humaines. Le « contexte local » comprend non seulement les facteurs relatifs au programme, mais aussi des facteurs socioculturels ou encore politiques, entre autres.

P-10 L'organisation (ou les organisations) de mise en œuvre/ou collaboratrice(s) estime(nt) que l'assistance technique pour la RO a été utile et fournie dans une atmosphère collégiale.

Afin de qualifier pour recevoir un score complet, il faut que les deux éléments soient positifs. Si, par exemple, du point de vue technique le conseil était bon mais les homologues avaient réagi de façon négative à la manière dont l'équipe de RO a offert ses services (par exemple, d'une manière insultante ou condescendante, en « s'imposant »), alors l'étude recevra un score moins élevé au niveau de cet indicateur.

P-11 Les entités concernées estiment que les résultats de l'étude de RO sont crédibles/valables dans le contexte local.

Cet indicateur renvoie au jugement porté par les entités concernées (les décideurs politiques, les chercheurs, les bailleurs de fonds, les gestionnaires de programme). L'usage des résultats sera limité si les entités concernées remettent en question leur validité.

P-12 La recherche s'est avérée pertinente au niveau du programme.

Les perceptions des entités concernées énumérées ci-dessus déterminent la pertinence de la recherche. Une recherche pertinente répond à l'un des problèmes prioritaires du programme, qu'il s'agisse d'un programme du Ministère de la santé au niveau national ou d'un programme au niveau local mis en œuvre par une ONG.

P-13 Les résultats ont été distribués au niveau des publics clés, y compris aux décideurs politiques, gestionnaires de programme, prestataires de service et bailleurs de fonds.

Pour toutes les études il y a aussi la dissémination de résultats. Avec cet indicateur, on cherche à voir si les stratégies de dissémination sont utilisées de façon efficace et atteignent le public cible. Par « publics clés », on entend tous ceux qui se trouvent dans une situation leur permettant d'agir selon les résultats (par exemple, les décideurs politiques, les décideurs clés ou les prestataires de services au sein des organisations de mise en œuvre ou collaboratrices, le personnel des bailleurs de fonds). De plus, même s'il arrive que les efforts visant à la dissémination des résultats atteignent d'autres parties concernées (par exemple, des étudiants d'une université locale, les membres de la communauté internationale travaillant en SR), cet indicateur ne se rapporte qu'aux personnes en mesure de suivre les (de prendre des actions/décisions par rapport aux) résultats de la recherche.

P-14 Les résultats sont facilement disponibles sous forme écrite.

Cet indicateur permet de vérifier l'existence d'un document bien présenté (d'un niveau de qualité professionnelle), contenant les résultats clés de l'étude disponibles en quantité suffisante. Ce document pourra être produit sous différentes formes de média (par exemple, un site Web, un CD-ROM), pour autant qu'il reste sous forme écrite. Dans l'idéal, les résultats devraient être disponibles sous des formats adaptés au public visé : des rapports finaux et articles dans les revues spécialisées pour les bailleurs de fonds et la communauté scientifique travaillant dans le domaine de la SR aussi que des résumés de recherche pour les décideurs et les gestionnaires de programme.

Les indicateurs d'impact (note : chaque indicateur dans cet ensemble commence avec un « I »)

I-1 Les résultats indiquent que l'intervention a été efficace (autrement dit, elle a amélioré la prestation de services dans les domaines identifiés par l'étude).

En général, les études de RO testent une ou plusieurs interventions ou bien elles évaluent les changements issus d'interventions déjà mises en œuvre. Si dans toutes les études, il s'avérait que l'intervention concernée est efficace, les recherches ne seraient pas nécessaires. Avec cet indicateur, on se pose la question de savoir si l'intervention testée a réussi à améliorer la prestation de services (par exemple, par une hausse de l'utilisation des services, une qualité accrue des services). Des résultats négatifs pourront aussi être instructifs, mais ils ne seront d'aucune influence sur la prestation de services, si ce n'est que pour mettre fin à une stratégie peu efficace (voir I-2).

I-2 L'organisation (ou les organisations) de mise en œuvre/collaboratrice(s) a (ont) pris des actions/décisions par rapport aux résultats.

« Prendre des actions/décisions par rapport aux résultats » consiste à mettre en œuvre les services mêmes de l'intervention ou les activités visant à soutenir ces services (par exemple, les cours de formation, le développement de directives pour la prestation de services, les changements au niveau de la répartition du personnel, l'élaboration et la mise à l'essai de matériels pour les activités d'IEC, la supervision, le suivi) dans le cas où l'intervention s'est avérée efficace. Si l'intervention n'a pas été efficace, il s'agit de ne pas mettre en œuvre ces services et activités ou de cesser de le faire.

I-3 (Si l'intervention s'est avérée efficace et s'est poursuivie après l'étude), les activités testées dans le cadre de l'intervention pouvaient encore être observées 36 mois après la mise en œuvre.

Par « activités testées dans le cadre de l'intervention », on entend les éléments relatifs à l'indicateur précédent. Là où on ne peut observer que quelques unes des activités d'origine, l'étude ne devrait recevoir qu'un score partiel. Si une intervention a duré moins de 36 mois, cet indicateur ne s'applique pas.

I-4 (Si l'intervention s'est avérée efficace et s'est poursuivie après l'étude), l'organisation de mise en œuvre/collaboratrice a étendu la portée de l'intervention à l'intérieur du même pays.

La plupart des études de RO sont réalisées au niveau d'une région géographique précise. Le terme « étendre la portée » se rapporte à la mise en œuvre des activités reliées à l'intervention dans d'autres régions géographiques. Il peut s'agir (mais pas forcément) d'une expansion au niveau national.

I-5 (Si l'intervention s'est avérée efficace et s'est poursuivie après l'étude), une autre organisation dans le même pays a adopté l'intervention concernée.

Une organisation n'ayant pas participé à l'étude de RO « adopte » l'intervention en mettant en œuvre ses principales composantes (voir I-1).

I-6 Un autre pays a repris l'intervention concernée.

Il faut un minimum de preuves indiquant un lien entre l'intervention d'origine et les activités menées dans l'autre pays en question (par exemple, les questionnaires de programme venant d'autres pays ont visité le site du projet et ont ensuite adopté des stratégies semblables).

I-7 Un changement au niveau des politiques peut être lié au projet de RO concerné.

Cet indicateur fournit une mesure de la législation ou d'autres changements officiels pouvant avoir un effet sur la prestation de services (par exemple de l'autorisation donnée au personnel non médical de vendre la pilule). Pour de plus amples débats concernant les changements au niveau des politiques, nous renvoyons les lecteurs à l'introduction de cette section.

I-8 L'organisation (ou les organisations) de mise en œuvre/collaboratrice(s) ont réalisé d'autres études de RO par la suite.

L'expression « autres études par la suite » se rapporte tout particulièrement aux activités de recherche qui testent les interventions. Les études de RO ne comprennent pas d'actions ou d'activités de programme, telles que la formation et l'élaboration de matériels (décrits dans la section I-2), ou encore de recherches menées pour d'autres raisons (par exemple, les études EDS, la recherche épidémiologique).

I-9 L'organisation de mise en œuvre/collaboratrice a réalisé d'autres études par la suite, sans assistance technique externe.

Cet indicateur a été inclus parce qu'il permet de noter si l'organisation possède une capacité suffisante pour mener ce type d'activité à partir de son expérience au niveau d'études de RO précédentes et si elle a l'occasion de le faire.

I-10 Le bailleur de fonds original a financé de nouvelles activités de programme fondées sur les résultats de l'étude de RO.

Les nouvelles activités de programme sont celles mises à l'essai au cours de l'intervention à laquelle le bailleur de fonds n'a pas encore attribué financièrement.

I-11 D'autres bailleurs de fonds ont apporté des fonds nouveaux ou plus importants du fait des résultats des études de RO.

Par « autres bailleurs de fonds », on entend les organisations donatrices qui n'avaient pas apporté leur soutien financier au projet de RO d'origine, mais qui ont ensuite financé le commencement ou l'expansion d'activités de programme. Il s'agira particulièrement d'activités de prestation de services ou de soutien, y compris la formation, l'élaboration de matériels d'IEC, de construction ou de rénovation de locaux et d'achats de fournitures et d'équipement. Cet indicateur n'inclut pas le financement s'appliquant seulement à des recherches supplémentaires.

Le contexte et d'autres facteurs (note : chaque rubrique commence avec un « C »)

C-1 D'autres facteurs (dont il n'a pas été fait mention) ayant facilité la réalisation du projet de recherche concerné.

Parmi les situations ayant pu aider à la réalisation de l'activité, on trouvera de solides capacités de recherche au niveau de l'organisation homologue, une forte intention d'une personne locale ou du bailleur de fonds d'obtenir des réponses, l'existence d'un bon rapport de travail entre les chercheurs et le personnel du programme, entre autres.

C-2 D'autres facteurs (dont il n'a pas été fait mention) ayant facilité l'utilisation des résultats.

Cet indicateur se rapporte aux situations qui tiennent à ce que les résultats soient traduits au niveau des actions du programme sur le terrain. Par exemple, la distribution des résultats coïncide avec le cycle de planification pour une initiative de programme ou une stratégie nouvelle ; l'intervention convient avec l'organisation ; et une personne dévouée continue d'apporter son soutien technique ou de promouvoir l'intervention après que le projet soit terminé.

C-3 D'autres facteurs (dont il n'a pas été fait mention) ayant entravé le déroulement du projet de recherche.

Il arrivera que des événements se trouvant au-delà du contrôle des chercheurs et de leurs collaborateurs au niveau des organisations locales entravent la réalisation de l'étude concernée. De tels facteurs peuvent varier ; de la rupture de stocks de contraceptifs aux conflits entre organisations ou personnes, ou encore aux difficultés financières, changements politiques, situation de guerre civile ou des désastres naturels.

C-4 D'autres facteurs (dont il n'a pas été fait mention) ayant entravé l'utilisation des résultats.

Il arrivera que des situations limitant l'incorporation des résultats de recherche au niveau des politiques ou des programmes soient aussi au-delà du contrôle des chercheurs et de leurs collaborateurs. Cela pourrait être que la population visée s'oppose à l'intervention (par exemple, on croit que les contraceptifs contribuent à la stérilité) ; ou que les autorités locales apposent leur veto à l'initiative ou au changement dans la prestation de services proposés ; ou encore, qu'il y ait une restructuration du système de santé.

C-5 Le bailleur de fonds a utilisé les données provenant de l'étude de RO dans un but précis.

Existe-t-il des preuves que le bailleur de fonds a utilisé les données pour son propre compte ? Il peut arriver que les bailleurs de fonds utilisent les résultats pour la répartition des ressources, des décisions concernant le financement ou des aspects divers de la planification stratégique, entre autres.

C-6 L'étude a inclus une évaluation des coûts de l'intervention

Les évaluateurs devraient faire mention de toute donnée collectée concernant le coût de l'intervention, et ce, surtout à des fins d'analyse coût-efficacité. Cet indicateur ne sert qu'à titre d'information, puisque les études de RO n'ont pas toutes forcément besoin d'une évaluation du coût.

Partie II.H

Le Contexte de la Prestation de Services

- L'accès
- La qualité des soins
- L'intégration des services
- L'équité entre les sexes et la sensibilité aux questions de genre

LE CONTEXTE DE LA PRESTATION DE SERVICES

Pourquoi évaluer le contexte de la prestation de services ?

Dans les sections précédentes de ce *Compendium*, l'emphase était sur les facteurs relatifs au contexte (le statut des femmes, le contexte politique) et sur les domaines fonctionnels soutenant la prestation de services en santé de la reproduction (la gestion, la formation, les produits et la logistique, la communication pour le changement des comportements et la recherche/l'évaluation). Chacun de ces facteurs contribue à déterminer le **contexte de la prestation de services**. C'est la situation que les futures clientes trouveront lorsqu'elles auront besoin de services, tant en termes de facteurs tangibles (par ex., les locaux, le personnel, l'équipement et les fournitures) qu'en termes de facteurs intangibles (par ex., comment le personnel traite les clientes). La contribution de chacun de ces domaines fonctionnels est proportionnelle à la qualité des services à la disposition des clientes. Même si le terme de « contexte de la prestation de services » sous-entend les services cliniques, le concept s'applique aussi aux programmes éducatifs de CCC.

À ses débuts, l'évaluation de programmes avait tendance à souligner soit le décompte des activités menées (par ex., le nombre de personnes formées, de dépliants distribués), soit les résultats obtenus au niveau de la prestation de services (par ex., le nombre de clientes, le nombre de cliniques visitées, le nombre de produits distribués). Elle pouvait être centrée aussi sur les taux d'utilisation (par ex., le taux de prévalence contraceptive, le taux d'allaitement au sein), ou encore sur les effets à long terme (par ex., les taux de fertilité, le taux de mortalité infantile). Curieusement, les évaluateurs considéraient que le fonctionnement du programme était en quelque sorte une « boîte noire ». En général, l'évaluation n'allait pas sonder la qualité des services et leur disponibilité auprès de la population de la région desservie.

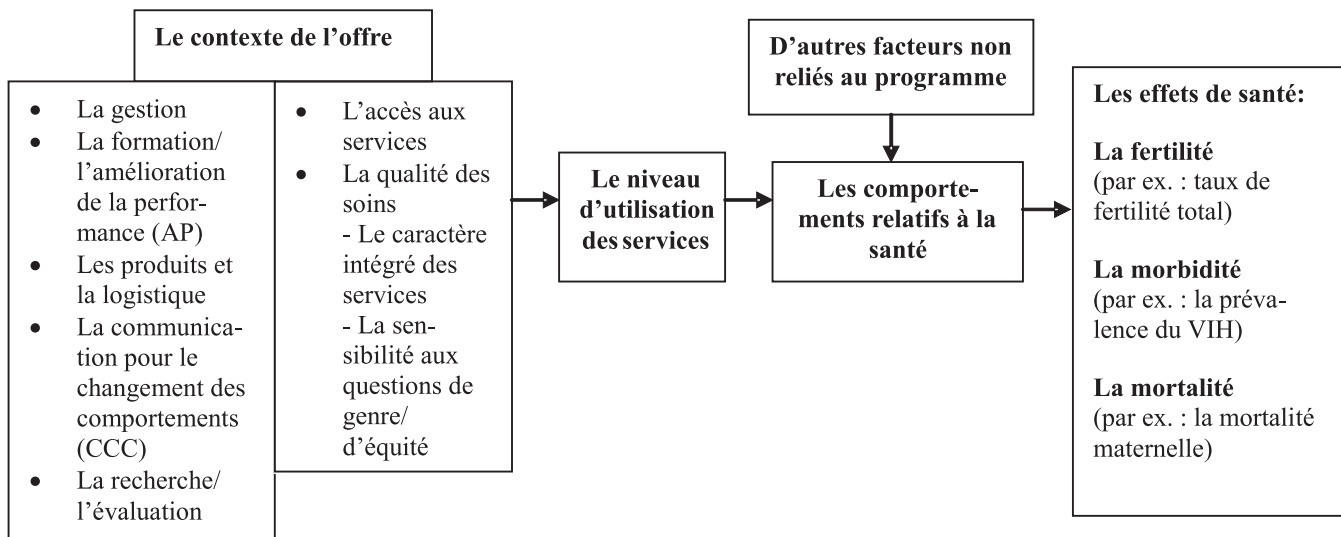
Cette situation a nettement changé au cours des dix dernières années. En effet, de plus en plus, les évaluateurs ont centré leur attention sur les deux caractéristiques

qui définissent le contexte de la prestation de services : l'accès aux soins et la qualité des soins.¹ Des deux, c'est la qualité des soins qui a été évaluée en plus de détail, même si l'importance de l'accès aux soins est aussi largement reconnue.

La raison d'être de l'évaluation de l'accès et de la qualité se présente en deux volets. Premièrement, l'évaluation de ces thèmes sert à concentrer l'attention du personnel sur la nécessité de s'efforcer toujours d'apporter des améliorations dans ces domaines. Deuxièmement, ce type d'évaluation permet de mesurer les objectifs que les divers domaines fonctionnels (la gestion, la formation, les produits et la logistique, la communication pour le changement des comportements et la recherche/l'évaluation) cherchent à atteindre. En d'autres termes, l'amélioration des services et des programmes. Certains ont maintenu que les évaluateurs devraient examiner ces domaines fonctionnels en termes de changement des comportements des clientes ou des participants au programme ou auprès de la population dans son ensemble. Cet argument ne parvient pas à reconnaître le fait que même si les domaines fonctionnels contribuent à l'atteinte des objectifs du programme, ils le font en créant un contexte pour la prestation de services. Ceci accroît ensuite l'utilisation des services, et le comportement souhaité se répand. Cette partie du cadre conceptuel (Figure I.1) se retrouve dans la Figure II.H.1. Ainsi, il apparaît logique d'évaluer les domaines fonctionnels par rapport à leur influence sur le contexte de la prestation de services. On s'intéressera désormais en particulier à leur effet sur l'accès et la qualité des soins (les facteurs qu'ils peuvent plus ou moins contrôler) plutôt qu'aux résultats plus lointains pouvant aussi être influencés par des facteurs qui ne sont pas reliés au programme. Même si dans ce *Compendium* on ne traite pas des conceptions

¹ Le *Manuel des indicateurs pour l'évaluation des programmes de planification familiale* (Bertrand, Magnani et Knowles, 1994) inclut un troisième élément : l'image projetée par le programme. Cet aspect n'a cependant reçu que peu d'attention de la part des évaluateurs ; il n'est donc pas inclus dans ce volume.

Figure II.H.1. Le contexte de la prestation de services.



d'études nécessaires à l'élaboration de ce type de lien, de nombreuses organisations travaillant dans ce domaine ont entrepris des évaluations reliant les activités (par ex., dans le domaine de la formation et de l'amélioration de la performance) aux résultats obtenus dans le contexte de la prestation de services.

Étant donnée l'importance accordée à la qualité des soins, les approches pour mesurer cet aspect à travers les divers domaines de la SR sont nombreuses. Dans ce *Compendium*, nous présentons les indicateurs correspondant à trois approches différentes :

- L'évaluation des prestations de services (EPS) : un ensemble très complet d'instruments comprenant une liste standardisée d'indicateurs recouvrant des nombreux domaines de la SR, tels que la planification familiale, les IST/le VIH/le SIDA, la maternité sans risque et la survie des enfants ;
- L'évaluation rapide de la qualité (« *Quick Investigation of Quality – QIQ* », en anglais) : une « liste abrégée » de 25 indicateurs (un sous-ensemble de l'EPS) fournissant une mesure de la planification familiale, uniquement ; et
- Une approche en terme d'assurance de la qualité (AQ), utilisant les indicateurs dans le but de mesurer les améliorations des questions particulières à une clinique donnée ou à un ensemble de cliniques, dans le cadre d'un processus systématique.

L'intégration des services constitue un des aspects de la qualité rattachés à la « constellation de services » présentée dans le cadre élaboré par Bruce/Jain (Bruce, 1990). Il y a un grand nombre de combinaisons possibles au niveau des services offerts. Cependant, étant donné le peu d'expérience jusqu'à ce jour avec les indicateurs intégrés, nous ne présenterons que des indicateurs à titre d'illustration pour l'intégration entre la planification familiale et les IST/le VIH/le SIDA.

Le dernier sujet traité dans cette section sur le contexte de la prestation de services concerne le genre. Certes, la sensibilité à la question du genre a toujours été un facteur pour une bonne interaction entre prestataire et cliente. Cependant, au cours des dix dernières années, la question a été l'objet d'une attention renouvelée. De plus, on trouvera dans cette section un concept connexe, celui d'équité entre les sexes dans le contexte organisationnel. (Ce dernier concept pourrait aussi avoir sa place dans la section sur la gestion, mais il se trouve plutôt ici parce que les deux concepts sont si fortement reliés.)

Des instruments servant à mesurer le contexte de la prestation de services : les enquêtes auprès des établissements de santé

Les évaluateurs n'ont élaboré des outils pour mesurer le contexte de la prestation de services que des années après avoir conçu des instruments servant à mesurer les résultats au niveau des clients (grâce à des statistiques relatives au programme) ou auprès de membres de la population dans son ensemble (grâce à des enquêtes de grande envergure).

Le module « SAM » (« *Service Availability Module* » en anglais ; module sur la disponibilité des services, en français) fut la première tentative de description systématique du fonctionnement du contexte de la prestation de services à l'échelle nationale. Le « SAM », conçu comme un module optionnel de l'enquête démographique et de santé (EDS) fut mené pour la première fois en Colombie en 1986. Depuis, plus de 40 « SAM » ont été réalisés conjointement avec les EDS. Le « SAM » permettait de noter dans quelle mesure la population enquêtée avait l'accès aux services de santé de la reproduction et de santé infantile. En général, « SAM » permettait de recueillir des informations auprès des répondants au niveau communautaire concernant la distance à parcourir pour atteindre les divers établissements offrant des services de santé de la reproduction et de santé infantile. Dans la plupart des pays, l'équipe du « SAM » a visité ensuite l'établissement le plus proche de chaque type à l'intérieur des distances précisées, pour vérifier l'information sur la distance et pour s'assurer si oui ou non l'établissement offre certains services de base (par ex., des services d'immunisation pour les enfants, la planification familiale). Seulement dans quelques pays, le questionnaire « SAM » a été étendu pour inclure un inventaire plus complet, avec des informations sur l'infrastructure, l'équipement, les fournitures, les médicaments et le personnel de l'établissement. Il y eu des tentatives de perfectionnement du « SAM », mais entre les décideurs politiques et les évaluateurs, il n'est jamais devenu aussi important que l'enquête EDS auprès des ménages.

Cependant, l'Analyse situationnelle (AS) (Miller et al., 1997), de même qu'une enquête des établissements, est parvenue à capter l'intérêt et l'attention de la communauté internationale travaillant dans le domaine de la santé de la reproduction. Mise au point par le *Population Council* en lien avec son projet de recherche opérationnelle en Afrique, l'Analyse situationnelle a été conçue pour mesurer le fonctionnement et la qualité des soins au niveau des centres de planification familiale. De 1989 à 2000, des analyses situationnelles ont été réalisées dans environ 21 pays d'Afrique et dans 16 pays en voie de développement dans d'autres régions du monde.²

L'Analyse situationnelle permet de créer une conscience accrue de la valeur des enquêtes auprès des établissements pour l'évaluation du contexte de la prestation de services.

² Il est difficile de donner un nombre précis pour les analyses situationnelles réalisées jusqu'à présent, étant donné que plusieurs pays ont adapté ou utilisé l'AS de façon indépendante.

Depuis 1999, le « SAM » et l'Analyse situationnelle ont été fusionnés pour former un nouvel ensemble d'instruments comprenant des éléments provenant des deux premiers. Ce nouvel ensemble est l'Évaluation des prestations de services (EPS). L'EPS est bien plus complète que l'Analyse situationnelle ou le « SAM », en ce sens qu'elle recouvre la planification familiale, la maternité sans risque, les soins néonataux, la survie infantile et les IST/le VIH/le SIDA, en utilisant des instruments multiples pour la collecte de données. En 2001, l'EPS avait été menée dans un pays (le Kenya) et était dans les dernières étapes de préparation dans trois autres pays (le Rwanda, le Ghana et l'Égypte).

Les défis méthodologiques de l'évaluation du contexte de la prestation de services

Les défis auxquels il faut faire face lors de l'évaluation de l'accès aux services sont assez différents de ceux pour l'évaluation de la qualité des soins (et de ses composantes, à savoir l'intégration des services et la sensibilité à la question du genre). En effet, pour chaque type d'accès, il y a des problèmes méthodologiques différents. Ainsi, nous présenterons les défis liés à la mesure de l'accès dans la section « But et questions » relative à chaque indicateur sur l'accès.

Quant à la qualité des soins, la plupart des indicateurs sont dérivés d'une des quatre sources suivantes : les audits d'établissements de santé, l'observation, les entretiens à la sortie, l'examen des dossiers médicaux ou des registres cliniques. Les questions méthodologiques qui émergent lorsqu'il s'agit de mesurer la qualité se rapportent au concept de qualité, aux techniques de collecte de données ou au biais d'échantillonnage.

- **Il arrivera que les opinions des clientes elles-mêmes soient différentes de celles des experts internationaux sur « ce qui est important » en matière de qualité des soins.**

Le respect de la vie privée et de la confidentialité, souvent au cœur des préoccupations des clientes, pèsera parfois bien plus sur la décision d'une cliente d'utiliser des services que d'autres rubriques énumérées. De leur côté, les experts internationaux qui définissent les rubriques à inclure dans chaque instrument tentent en général de couvrir un vaste ensemble de sujets. En ce faisant, il arrivera qu'ils accordent moins de poids aux sujets qui préoccupent le plus les clientes. Un problème semblable pourrait se présenter lorsque les différentes entités concernées ne s'accordent pas sur la question de

savoir quels sont les indicateurs les plus importants. Un premier pas au niveau de la conception de l'évaluation sera donc de développer un consensus entre les diverses entités concernées.

- **Il arrivera que les données collectées par deux observateurs ou plus aient un degré faible de fiabilité inter-évaluateurs.**

Si les observateurs sont bien formés, l'observation directe constitue la meilleure méthode pour mesurer le niveau de conformité aux normes dans le domaine des soins de santé. En revanche, si les observateurs ne sont pas bien formés, cela pourrait entraîner un degré faible de fiabilité inter-évaluateurs et fortement remettre en question la validité des constatations. Afin d'accroître la fiabilité inter-évaluateurs, il faudrait que plusieurs (on entend par là deux ou plus) observateurs suivent et évaluent les mêmes séances entre cliente et prestataire dans une situation de jeu de rôle ou en regardant des cassettes vidéo de vraies séances de counseling. Les personnes chargées de la formation des observateurs pourront comparer les résultats et apporter leur feedback concernant le meilleur moyen de codifier les rubriques ayant un degré faible de fiabilité inter-évaluateurs.

- **Il arrivera que les prestataires aient une meilleure performance qu'à l'habitude lorsqu'ils sont observés (c.-à-d., l'effet Hawthorne).**

L'effet Hawthorne se rapporte à la tendance chez certaines personnes d'avoir une performance différente (habituellement meilleure) lorsqu'elles se savent observées (Rossi, Freeman et Lipsey, 1999). Ainsi, la présence d'un observateur dans la pièce pendant les séances de counseling et de consultations cliniques causera peut-être que les prestataires soient particulièrement attentifs dans l'exercice de leur travail. Malgré cela, l'expérience jusqu'à ce jour, laisse entendre que l'observation demeure malgré tout un moyen efficace d'identifier les faiblesses au niveau de la performance d'un prestataire. Si un prestataire ne connaît pas un fait particulier ou ne fait pas preuve de compétences nécessaires lors d'une procédure particulière, la présence de l'observateur n'y changera rien. Et s'il est noté qu'un prestataire manque de courtoisie au cours d'une consultation observée, on peut présumer qu'il/elle manque autant de politesse, sinon plus, lorsqu'il/elle n'est pas observé.

- **L'observation directe n'est pas toujours faisable.**

Certes, l'observation directe des soins est la méthode préférée pour mesurer le niveau de conformité avec les normes cliniques. Mais en fait, c'est une méthode peu utilisée pour le suivi des soins de santé maternelle à cause des limites suivantes : les soins d'urgence sont difficiles à observer ; les accouchements ont lieu souvent la nuit, lorsque les observateurs sont absents ; les accouchements peuvent durer des heures et exigent de ce fait beaucoup de temps de la part de l'observateur ; les occasions d'observer des événements rares sont peu nombreuses. Il s'ensuit qu'un examen des dossiers médicaux constitue le seul moyen faisable d'évaluer la performance des agents sanitaires en fonction des normes cliniques. Malheureusement, les dossiers médicaux sont souvent incomplets ou ne contiennent pas suffisamment d'informations. Dans de nombreux cas, mais pas tous (par ex., les procédures chirurgicales), l'utilisation de l'approche de la cliente « mystère » peut s'avérer prometteuse pour la collecte des données.

- **Les clientes ne se souviendront peut-être pas des événements qui ont eu lieu pendant la séance de counseling ou la consultation clinique (biais de rappel).**

Il arrivera que les clientes ne se souviennent pas exactement de ce qui s'est passé au cours de la consultation avec le prestataire. La fiabilité de leurs réponses pourra varier en fonction de l'action de prestation concernée. C'est pourquoi l'entretien à la sortie inclus dans l'évaluation « QIQ » comprend quelques questions de nature surtout factuelle (par exemple, quelle méthode souhaitiez-vous, lorsque vous êtes venue ici ?). Les résultats du test sur le terrain de l'évaluation « QIQ » montre un niveau plutôt élevé d'uniformité entre les rapports remis par les observateurs et ce que rapportent les clientes concernant ce qui a eu lieu pendant la consultation. Ceci porte à penser que le niveau de rappel chez les clientes concernant ces sujets a été satisfaisant (Bessinger et Bertrand, 2001).

- **Il arrivera que les clientes indiquent qu'elles sont satisfaites des services, alors qu'elles ne le sont pas (biais de courtoisie).**

Des études ont montré qu'il y a plus de chances que les clientes indiquent qu'elles se sentent satisfaites des services qu'elles ont reçues et qu'elles ne parlent pas en termes négatifs de la clinique ou du personnel sanitaire dans le cadre des entretiens à la sortie (Williams, Schutt-Aine et Cuca, 2000). Il s'ensuit que les résultats tirés de l'entretien à la sortie auront tendance à être déformés

dans le sens positif en ce qui concerne la satisfaction. Lorsqu'ils sont formés, il faudrait que les interviewers apprennent à insister auprès des répondant(e)s sur le fait que leurs réponses données dans le cadre de l'entretien ne compromettent en rien leur prise en charge par la clinique. Là où les moyens le permettent, il sera peut-être utile, pour réduire le problème du biais, que des personnes qui ne sont pas associées avec la clinique puisse mener les entretiens auprès des clientes chez elles (en dehors de la clinique). De la même manière, les entretiens (individuels, ou dans des groupes de discussion dirigée) auprès de personnes n'utilisant pas le service concerné pourront en dire davantage sur la manière dont elles perçoivent ce service.

- **L'unité d'analyse varie selon les instruments de collecte de données.**

Le défi que cet indicateur présente s'applique en particulier dans le cadre de l'EPS et de l'évaluation « QIQ ». Tant dans le cas de l'entretien à la sortie que dans le cas de l'observation, l'unité d'analyse est la cliente ; cependant, l'unité d'analyse pour l'audit est l'établissement de santé. Il y a deux moyens par lesquels les évaluateurs pourront faire face à l'écart entre les tailles des échantillons : (1) ils pourront mener leur analyse des clientes et accorder la même mesure d'audit à chaque cliente venue à un établissement particulier, ou (2) ils pourront mener leur analyse au niveau de l'établissement et faire la moyenne des résultats au niveau des clientes. Malheureusement, chaque scénario a des désavantages. Si les évaluateurs recueillent leurs données au niveau des clientes, ils ne trouveront pas de variation au niveau des estimations pour les clientes venues à un établissement donné. Si les évaluateurs agrègent les données au niveau de l'établissement, ils risquent de perdre des informations importantes, et de cette manière, de diminuer la précision de leurs estimations.

- **Les évaluateurs ont des difficultés à estimer correctement la taille de l'échantillon lorsque le volume de la clientèle varie fortement en fonction des services de santé de la reproduction à évaluer.**

Il arrive souvent que l'évaluateur souhaite recueillir des données concernant des services de SR différents au niveau d'un établissement donné ou d'un ensemble d'établissements. Cependant, le volume de la clientèle varie parfois entre les services (par ex., la planification familiale, comparée aux soins prénatals dans des pays d'Afrique sub-Saharienne). Pour cette raison, les

évaluateurs auront des difficultés à mettre en place une stratégie d'échantillonnage leur permettant d'avoir suffisamment de cas pour l'évaluation des deux services. Pour faire face à ce défi, les évaluateurs pourront recueillir des informations sur le volume de la clientèle au sein de chaque service et pourront ainsi étudier les données au moment de l'analyse.

- **Les normes définissant la qualité des soins ne sont pas toujours disponibles ou homogènes dans tous les pays.**

Les indicateurs présentés à titre d'illustration servant à évaluer la qualité des services de soins des mères et des nouveau-nés font partie de l'approche d'AQ. En tant que tels, il faut leur trouver des normes ou des directives servant de référence pour la mesure. Certains pays n'ont pas de normes cliniques pour leurs programmes s'ils ne se basent pas sur les faits. Dans ce cas, les évaluateurs pourront utiliser des normes élaborées ailleurs et qui s'appliquent à leur situation ; ils pourront aussi mettre en place des normes locales. Cette dernière possibilité exige beaucoup de temps, mais permet de faire en sorte que l'évaluation soit plus en rapport avec le contexte local (c'est-à-dire, qu'elle soit faisable étant données les ressources disponibles). L'évaluation est une bonne occasion d'aborder la question de la disponibilité de normes fondées sur les faits.

Si le but de l'évaluation est d'établir une comparaison entre plusieurs pays au niveau de la qualité des soins de santé maternelle, il faut que les normes soient les mêmes. Certaines normes dans ce domaine (telles que l'emploi d'un partogramme comme étant un signal précoce d'une activité utérine insuffisante et de disproportion céphalo-pelvienne) sont acceptées partout. Cependant, des normes pourront varier selon le pays (par ex., le nombre de visites nécessaires pour des soins prénatals). Lorsque les normes ne sont pas comparables et les évaluateurs n'ont pas les bases scientifiques servant à en valider certaines et en rejeter d'autres, il leur est quand même possible d'effectuer une comparaison. Il leur faut pour cela modifier l'indicateur (par ex., « le pourcentage de femmes ayant effectué trois consultations prénatales dans le temps », devient « le pourcentage de femmes ayant effectué le nombre de consultations prénatales recommandé »).

- **Des études spéciales (périodiques) sur la qualité ne parviennent pas à répondre au besoin d'un suivi régulier.**

Même si les études périodiques sur la qualité (telles que l'EPS et le système « QIQ ») s'avèrent très utiles aux gestionnaires de projet, elles ne parviennent pas à fournir une mesure continue de la performance. Relativement peu de programmes possèdent un système régulier et continu pour le suivi systématique de la qualité. Le système Latino-américain sur la mortalité maternelle (LAMM) ou « *Latin American Maternal Mortality* » en anglais, présenté conjointement avec l'approche de l'Assurance de la qualité, constitue une exception. En effet, ce système utilise des données existantes recueillies de façon routinière grâce au système d'informations sur la santé ou aux dossiers médicaux. Cependant, ce genre d'initiative exige un effort continu au niveau de la formation du personnel sanitaire de l'établissement, afin de s'assurer de la qualité des données recueillies.

Les indicateurs contenus dans cette section sont agencés comme suit :

- L'accès ;
- La qualité des soins ;
 - L'EPS (quatre domaines de la santé de la reproduction) ;
 - Le système « QIQ » (sur la planification familiale) ;
 - L'AQ (des exemples à titre d'illustration, sur les soins de santé maternelle et les soins néonataux) ;
- L'intégration des services ; et
- L'équité entre les sexes/la sensibilité aux questions de genre.

Partie II.H.1

L'Accès

- La durée/la distance moyenne pour accéder à un établissement de santé de la reproduction offrant un service particulier
- Le nombre d'établissements de prestation de services fournissant un service de SR particulier, pour 500 000 personnes
- Le coût de l'approvisionnement d'un mois en contraceptifs, exprimé en pourcentage du salaire mensuel
- Le pourcentage d'établissements de santé utilisant des critères d'éligibilité restrictifs pour des raisons autres que médicales
- Le pourcentage de non utilisation liée à des barrières psychosociales

L'une des principales stratégies des programmes de santé est d'accroître l'accès aux services. Parmi les diverses approches visant à améliorer l'accès, on trouve la mise en place d'établissements supplémentaires, la formation d'agents sanitaires, la réalisation des activités dans la communauté et d'autres encore. L'importance de l'accès est largement reconnue comme étant un des aspects essentiels du contexte de l'offre ; et pourtant, ce facteur n'est pas étudié de façon régulière dans le cadre de l'évaluation des programmes de SR.

Une grande partie de la recherche précédente effectuée dans ce domaine s'est concentrée sur un seul aspect ou une seule dimension de l'accessibilité, à savoir, la dimension géographique (ou physique) de l'accès. Dans ce contexte, le terme d'accès (ou d'accessibilité) se rapporte au degré de difficulté rencontrée pour arriver jusqu'aux établissements de santé ou pour obtenir des services de santé de la reproduction. Diverses mesures sont proposées dans la littérature se rapportant à la distance à parcourir pour atteindre les points d'approvisionnement et de service ainsi qu'au temps nécessaire pour arriver à ces points de service et à la densité des points de service et d'approvisionnement dans une zone géographique spécifique (Chavoyan, Hermalin et Knodel, 1984 ; Hermalin et Entwisle, 1985 et 1988 ; Tsui et al., 1992 ; Tsui et Ochoa, 1992). En ce qui concerne la planification familiale, les faits, jusqu'à présent, tendent à confirmer la pertinence de la proximité géographique aux services contraceptifs comme un déterminant important de l'utilisation de contraceptifs. Cependant, au niveau des études empiriques, la relation entre la proximité et l'utilisation ne s'est pas révélée aussi forte qu'on pouvait le penser (Tsui et Ochoa, 1992 ; Boulier, 1985).

Certains chercheurs ont établi une distinction entre le terme de « disponibilité » (visant à indiquer si une méthode ou un services particuliers sont fournis) et celui d'« accessibilité » (visant à montrer un continuité dans l'effort nécessaire pour obtenir des services) [Bertrand et al., 1995]. Pourtant, les termes sont souvent employés de façon interchangeable ; dans le cadre de ce *Compendium*, nous utilisons le mot « accès » dans le but de refléter le degré de difficulté (ou de facilité) pour accéder aux services.

L'accès aux services n'est pas simplement une question de distance physique, mais recoupe également d'autres dimensions. (Chavoyan, Hermalin et Knodel, 1984; Foreit et al., 1978). Foreit et al. proposent les éléments suivants comme étant des dimensions ou des éléments pertinents de l'accessibilité (les auteurs ont employé le terme de « disponibilité » dans le texte original) : indiquant aspect géographique ou physique, économique, administratif et cognitif. Les indicateurs suivants fournissent donc une mesure de l'accès au niveau de plusieurs dimensions : géographique/physique (comprenant deux indicateurs distincts), économique, administrative et psychosociale.

LA DURÉE/LA DISTANCE MOYENNE POUR ACCÉDER À UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION OFFRANT UN SERVICE PARTICULIER

Élément concerné : L'accès géographique ou physique

Définition

Le temps de déplacement (mesuré en minutes) ou de la distance à parcourir (mesurée en kilomètres ou en milles) entre le lieu de résidence du répondant et le point de prestation de services le plus proche offrant un type spécifique de service de santé de la reproduction (par ex., les soins prénatals, le counseling et le dépistage, la stérilisation masculine).

Les données nécessaires

Des informations sur le lieu de résidence du répondant par rapport au point de prestation de services concerné.

Afin d'obtenir les distances aériennes (à vol d'oiseau), on pourra utiliser un Système de positionnement global, « *Global Positioning System (GPS)* » en anglais. Une autre possibilité serait de mettre en place une carte des itinéraires parcourus entre une communauté donnée et un point de prestation de services et d'obtenir (de préférence) une mesure du temps de déplacement et de la distance effectivement parcourue ; ces mesures sont nettement meilleures que les comptes-rendus faits par les répondants ou les informateurs principaux.

Source(s) de données

Les données issues d'enquêtes auprès des établissements analysées en relation avec les données obtenues lors des enquêtes auprès des ménages (par ex., dans le cadre d'une enquête EDS)

But et questions

Dans l'idéal, le chercheur déterminera la distance entre le domicile d'un citoyen ordinaire dans un pays X et l'établissement le plus proche en mesure de fournir un service de santé de la reproduction particulier. De par le passé, les chercheurs ont souvent dépendu des réponses aux enquêtes ou du compte-rendu des informateurs au niveau de la communauté. Dans les deux cas, les informations avaient tendance à manquer beaucoup de fiabilité. Au cours des dernières années, des chercheurs ont cherché à

établir un lien entre les enquêtes EDS auprès des ménages et les enquêtes auprès des établissements dans la région environnante dans les pays sélectionnés. En établissant un lien entre les données issues des enquêtes auprès des ménages et celles des enquêtes auprès des établissements, les chercheurs et les évaluateurs parviennent, pour la première fois, à mesurer exactement la distance entre ces communautés et les points de prestation de services (Akin et al., 1998 ; Seiber et Bertrand, 2001).

Il y a, cependant, certaines limites à mesurer l'accès en utilisant cette technique qui requiert la création de liens. Tout d'abord, de nombreuses enquêtes EDS auprès des ménages ne contiennent pas d'enquête auprès des établissements, ou s'il y en a une, elle n'est pas reliée à l'enquête auprès des ménages. Deuxièmement, les ressources humaines et financières qu'il faut pour réaliser une enquête EDS comprenant à la fois les composantes au niveau des ménages et celles au niveau des établissements sont considérables. Ainsi, dans le meilleur des cas, les enquêtes liées sont réalisées tous les 3 à 5 ans. Troisièmement, le fait d'établir un lien entre les deux enquêtes permet d'obtenir une mesure beaucoup plus précise du temps et de la distance entre le domicile du répondant ordinaire et le point de prestation de services le plus proche. Cependant, des recherches ont montré que souvent, les clientes choisissent d'utiliser les services d'un centre plus éloigné, dans le but de protéger leur vie privée ou afin d'accéder à un ensemble de services (par ex., un moyen de contraception précis, ou des tests en laboratoire) qui ne sont pas disponibles dans l'établissement plus proche de chez elles, ou encore pour obtenir des services de meilleure qualité (par ex., une communication meilleure entre cliente et prestataire).

Jusqu'à ce jour, les évaluateurs ont étudié l'accès physique en tant que déterminant du niveau d'utilisation des services. Cependant, les questionnaires de programme ne l'ont pas employé de façon routinière pour le suivi journalier de la performance du programme, à cause du temps exigé et des dépenses associées avec la procédure de lien mentionnée ci-dessus.

Cet indicateur et la question du genre

La distance à parcourir pour atteindre l'établissement de santé de la reproduction le plus proche représente, d'une part, le niveau d'engagement et les ressources du gouvernement pour assurer un accès universel aux soins de santé. C'est une variable importante qu'il faut prendre en compte lorsqu'il est question de la capacité des femmes à obtenir des soins obstétriques – de santé maternelle, infantile et de planification familiale – et ce, particulièrement là où il est difficile de se déplacer. La distance à parcourir pour obtenir les services obstétriques nécessaires et le manque de moyens de transport pour arriver à l'établissement offrant de tels services sont des variables importantes qui contribuent à la mortalité maternelle. Les défenseurs de la maternité sans risque maintiennent que ces morts évitables indiquent que les décideurs politiques n'accordent pas assez d'importance à la vie des femmes. Ces défenseurs profitent des conventions sur les droits humains pour exhorter les gouvernements responsables à fournir des services de santé adéquats et accessibles (Rosenfield, 2001). D'un autre côté, il arrivera parfois que les femmes voyagent en dehors de leur communauté pour obtenir des soins dans un centre de prestation de services éloigné parce que certains établissements souvent ne respectent pas leur vie privée et leur confidentialité, un problème dont elles redoutent les conséquences. Par exemple, les femmes qui pensent devoir obtenir des contraceptifs en cachette parce qu'elles perçoivent que leur mari ou leur famille désapprouve ce sujet, craindront peut-être une rétribution si leur confidentialité n'est pas respectée. De nombreux points de service locaux, plus petits, ne peuvent pas offrir aux femmes l'alternative de ne pas être vues lorsqu'elles attendent leur tour pour recevoir les services. Cependant, même ces établissements-là peuvent respecter les politiques et procédures visant à protéger la confidentialité des femmes dans leurs choix en matière de santé de la reproduction et les services qu'elles reçoivent.

LE NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS DE PRESTATION DE SERVICES FOURNIS- SANT UN SERVICE DE SR PARTICULIER, POUR 500 000 PERSONNES

Élément concerné : L'accès géographique/physique.

Définition

La densité des établissements de prestation de services desservant une population donnée.

Les données nécessaires

Des informations concernant le nombre total d'établissements offrant un service particulier (par ex., des contraceptifs, des soins post-avortement, le counseling et le dépistage volontaires, l'apport en compléments micronutritifs) ainsi que la population totale (ou le groupe pertinent) dans la zone desservie.

Note : les évaluateurs pourront réduire le dénominateur à une estimation du sous-groupe pertinent au service concerné (par ex., toutes les femmes en âge de procréer pour la planification familiale, toutes les femmes enceintes ayant besoin de compléments micronutritifs, tous les adultes âgés de 15 à 65 ans pour le counseling et le dépistage du VIH). Étant données les difficultés liées à l'estimation du nombre exact de personnes ayant besoin du service concerné (par ex., les soins après avortement), les évaluateurs pourront choisir d'utiliser la population totale au dénominateur.

Source(s) de données

Les dossiers de programme concernant l'infrastructure de prestation de services ; les données de recensement sur la taille de la population dans la zone desservie.

But et questions

Cet indicateur donne une idée générale de la densité des points de prestation de services pour diverses sortes d'intervention en santé de la reproduction. Il pourra s'avérer utile à des fins de sensibilisation en ce qu'il permet de développer une conscience des faiblesses en ce qui concerne le contexte de la prestation de services, pour certains services.

Pour cet indicateur, on prendra en compte les limitations suivantes, entre autres. Premièrement, même s'il fournit la proportion de la prestation de services par rapport à la population, cet indicateur ne reflète pas la distribution géographique de ces points. Là où les établissements de prestation de services se groupent dans des zones urbaines, cet indicateur permettra peut-être d'obtenir une estimation de l'accès aux services plus positive que ce que les personnes dans les zones rurales connaissent. Deuxièmement, la collecte d'informations concernant la disponibilité est plus facile pour certains services que pour d'autres. Par exemple, de nombreux pays possèdent une liste assez exacte des services de planification familiale offerts par des établissements gouvernementaux ou d'ONG. Cependant, ils ne font pas forcément le suivi du nombre de pharmacies ayant en stock des produits de contraception et autres pour la santé de la reproduction. Il arrivera alors qu'ils sous-estiment le niveau d'accès de la population à ces produits. Dans des domaines plus controversés, tels que les soins après avortement, il se pourra que les établissements offrent ces services, mais qu'ils n'en fassent pas vraiment une publicité très étendue. Cela pourrait aussi entraîner une sous-estimation de ces services pour cet indicateur. Un troisième élément à garder à l'esprit est que parfois, ces services existent « sur papier », mais que sur le terrain ils n'existent pas.

Un des usages possibles de cet indicateur sera d'aider les gouvernements à suivre les progrès effectués au niveau de l'amélioration de la prestation de services dans son ensemble pour la population. Même si cette mesure est brute (et même si elle reflète peu la situation d'un individu particulier dans la société concernée), l'accroissement du nombre d'établissements offrant des services de santé de la reproduction pour 500 000 habitants représente quand même un progrès pour le gouvernement (cela sous-entend que la qualité reste constante ou s'améliore). De plus, là où les données sur le contexte de la prestation de services sanitaires sont assez fiables, les évaluateurs pourront recueillir ces informations à un coût relativement peu élevé pour l'utilisateur.

LE COÛT DE L'APPROVISIONNEMENT D'UN MOIS EN CONTRACEPTIFS, EXPRIMÉ EN POURCENTAGE DU SALAIRE MENSUEL

Élément concerné : L'accessibilité économique.

Définition

Les « coûts » se rapportent aux dépenses assumées pour les fournitures et les services contraceptifs.

Cet indicateur est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Le coût de l'approvisionnement d'un mois en contraceptifs}}{\text{Le salaire mensuel de la personne}} \times 100$$

Les données nécessaires

Des informations sur les dépenses mensuelles faites pour les fournitures et les services contraceptifs et les estimations du revenu mensuel.

Source(s) de données

Des informations sur le coût des services et des produits, à partir d'enquêtes auprès de la population ; les tarifs pourront aussi être disponibles à partir des dossiers des points de service.

But et questions

Cet indicateur fournit une mesure du coût économique relatif représenté par les coûts mensuels liés à l'utilisation de la contraception. Cette mesure s'applique particulièrement à la planification familiale. Les évaluateurs pourront cependant l'adapter à d'autres domaines de la santé de la reproduction, en remplaçant dans cette définition le coût des contraceptifs par celui du produit concerné.

Si les coûts des services et des fournitures dépassent un pour cent du salaire mensuel d'une proportion importante des clientes, c'est une indication de l'existence de barrières économiques à l'utilisation de la contraception (Ross et al., 1992).

L'indicateur pris à titre d'exemple pour cet élément a été choisi parmi diverses options, en grande partie parce que les données nécessaires pour son calcul sont les plus susceptibles d'être obtenues dans le contexte d'un assez grand nombre de pays en voie de développement. Toutefois, il convient de reconnaître que plusieurs limitations importantes entravent l'utilisation de cet indicateur.

L'une des limitations de cet indicateur est qu'il ne tient pas compte d'autres coûts liés à l'utilisation de la contraception et pouvant être toutes aussi importantes, voire plus importantes, pour l'utilisation de la contraception que les coûts directs des services ou des fournitures. Par exemple, les clientes de la planification familiale peuvent également encourir des frais de transport pour se rendre aux points de service et (peut-être) pour trouver quelqu'un pour s'occuper des enfants. Il y aura aussi des « coûts d'opportunité » reliés au temps passé à voyager aller-retour au PPS et à attendre pour ces mêmes services ou fournitures une fois arrivée au point de services. Aussi, une mesure plus valide des coûts des services de planification familiale devrait-elle inclure ces coûts dans le calcul de l'indicateur.

Une autre question concerne le niveau de revenus dont il faudrait tenir compte en calculant cet indicateur. Puisque tout le revenu (à savoir, le revenu brut) n'est probablement pas disponible pour le paiement des services de contraception, une définition plus appropriée de l'indicateur limiterait le dénominateur de la mesure au revenu mensuel disponible. De plus, vu que dans de nombreuses sociétés, les hommes et les femmes n'ont pas égal accès aux ressources financières du ménage, l'indicateur pourrait encore être perfectionné en limitant le dénominateur de la mesure aux revenus ou au salaire contrôlés par la cliente.

Les évaluateurs devraient reconnaître, toutefois, que ces perfectionnements exigent un plus grand nombre de données pour calculer l'indicateur. Dans de nombreux pays, l'information nécessaire ne pourra plus être obtenue que par le biais d'études spéciales. À toutes fins pratiques, l'indicateur plus simple devrait suffire à éclairer les décisions des responsables de programme concernant l'accessibilité financière des services de contraception. En revanche, pour des programmes où le recouvrement des coûts et la pérennité sont des questions de gestion prioritaires, les coûts supplémentaires liés à la collecte de données nécessaires pour des mesures plus raffinées sont probablement justifiés.

LE POURCENTAGE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ UTILISANT DES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ RESTRICTIFS POUR DES RAISONS AUTRES QUE MÉDICALES

Élément concerné : l'accessibilité administrative.

Définition

Les critères d'éligibilité qui, pour des raisons autres que médicales, sont imposés par l'organisation ou le point de prestation de services et qui restreignent l'accès aux services de SR pour des catégories particulières de personnes.

Le calcul de cet indicateur s'effectue comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre d'établissements ayant des critères d'éligibilité restrictifs pour des raisons autres que médicales}}{\text{Le nombre total d'établissements de santé}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les critères d'éligibilité pour les services offerts par le programme.

Source(s) de données

Les documents relatifs au programme spécifiant les politiques et les réglementations ; des entrevues auprès du personnel.

But et questions

Cet indicateur permet d'identifier l'existence de barrières empêchant l'accès aux services sous forme de politiques, de réglementations et de procédures officielles du programme qui ne sont pas nécessaires. De telles restrictions, imposées par des politiques ou des programmes, vont au-delà de celles justifiées pour des raisons médicales. Parmi les exemples de critères restrictifs dans le domaine des services de santé de la reproduction, on trouvera les suivants :

Dans le domaine de la planification familiale :

- L'âge, le nombre d'enfants, l'état civil et/ou le consentement du conjoint ;

- Des analyses de sang ou des examens gynécologiques obligatoires avant de pouvoir recevoir des contraceptifs oraux ;
- Plusieurs visites obligatoires pour recevoir certaines méthodes de contraception (par ex., les DIU) ;
- La nécessité de l'intervention directe d'un médecin pour la prestation de services ; et
- Une période d'attente obligatoire de plusieurs jours entre le counseling pour la contraception chirurgicale volontaire et la procédure actuelle.

Dans le domaine des IST :

- L'âge, l'état civil, le consentement du conjoint ;
- La notification du partenaire ; et
- Une période d'attente en attendant les résultats des tests de dépistage du VIH.

Dans le domaine de la santé maternelle :

- L'âge, le nombre d'enfants, l'état civil, le consentement du conjoint ; et
- La nécessité de l'intervention directe d'un médecin pour la prestation des services (alors que d'autres agents sanitaires correctement formés [par ex., des sages-femmes] pourraient fournir le même service).

Dans le domaine des services de santé de la reproduction pour les adolescents :

- L'âge, l'état civil ; et
- La notification ou le consentement des parents.

Dans le domaine des soins après avortement

- Le consentement des parents ou du conjoint avant le traitement ;
- Des exigences juridiques inopportunes (par ex., le viol peut être une indication légale pour l'avortement ; des femmes ne sont pas autorisées à recevoir ce service si elles n'ont pas de « preuve » du viol, ce qui peut être l'ordonnance d'un tribunal) ;

- L'évacuation de l'utérus suite à un avortement incomplet ne peut se faire qu'en salle d'opérations ;
- L'évacuation de l'utérus suite à un avortement incomplet ne peut se faire que sous anesthésie générale ;
- L'évacuation de l'utérus suite à un avortement incomplet ne peut être effectuée que par un médecin ;
- Les critères cliniques ne sont pas adéquats concernant l'usage de l'aspiration manuelle pour le traitement d'un avortement incomplet ; et
- Les critères ne sont pas adéquats en ce qui concerne la méthode contraceptive à fournir après le traitement reçu pour un avortement incomplet.

Les barrières administratives à l'accès se présentent moins souvent dans le cas des services pour les IST/le VIH qui tendent à être fournis à ceux (ou celles) cherchant à obtenir un traitement.

LE POURCENTAGE DE NON UTILISATION LIÉE A DES BARRIÈRES PSYCHOSOCIALES

Élément concerné : L'accessibilité psychosociale.

Définition

La proportion de femmes souhaitant avoir recours à des services de SR et qui ne le font pas à cause de barrières psychosociales. Ces barrières sont, par exemple, la peur (du rejet social, de l'embarras, de la gêne) ou encore des restrictions sociales (par ex., interdiction aux femmes de se déplacer seules pour obtenir des services).

Cet indicateur souligne les facteurs qui empêchent une femme ou un homme **souhaitant** utiliser un certain service ou une pratique particulière de le faire. Par exemple, les adolescent(e)s qui souhaitent obtenir des informations et des services dans une clinique locale en seront peut-être dissuadés par crainte d'être vu(e)s à la clinique ou que leurs amis les jugent et pensent qu'ils (elles) n'ont pas de normes morales très élevées. Une femme qui souhaite recevoir le test de dépistage du VIH craindra peut-être une réaction violente quelconque de la part de son mari s'il venait à l'apprendre. Note : cet indicateur ne s'applique pas dans les cas où l'individu n'est même pas intéressé à recevoir ce service.

Le calcul de cet indicateur s'effectue comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de personnes rapportant n'avoir pas utilisé un service à cause de barrières psychosociales}}{\text{Le nombre total de personnes cherchant à obtenir des services en SR}} \times 100$$

Les données nécessaires

Des informations sur les raisons expliquant la non utilisation des services ou de pratiques de SR chez les personnes qui y sont intéressées, mais évitent un service ou une pratique.

Source(s) de données

Des enquêtes auprès de la population, ou encore des groupes de discussion dirigée (même si cette technique ne permet pas d'obtenir des résultats quantitatifs).

But et questions

Cet indicateur permet de noter dans quelle mesure l'accès aux services disponibles en SR est limité par des barrières psychologiques, liées à l'attitude, ou d'origine sociale.

Étant donnée la nature contextuelle spécifique des facteurs dans cette catégorie, il est probable que les raisons particulières de non utilisation varieront d'un endroit à l'autre. Aussi, le chiffre numérique exact rattaché à une barrière particulière ou à un certain facteur sera peut-être moins important que le classement des problèmes. Par conséquent, les données recueillies dans le cadre des groupes de discussion dirigée (ne fournissant pas de résultats quantitatifs tels que les pourcentages ou les rapports) seront peut-être plus utiles pour identifier de telles barrières que des données provenant d'entrevues structurées.

Partie II.H.2

La Qualité des Soins

A. L'Évaluation des prestations de services (EPS)

- Le pourcentage d'établissements préparés à fournir les services essentiels
- Le pourcentage d'établissements ayant un système de soutien à la qualité de la prestation de services (évalué séparément pour chaque service concerné)
- Le pourcentage d'établissements où ___ pour cent des clientes reçoivent le service à la hauteur des normes attendues

B. L'Évaluation rapide de la qualité (QIQ)

- L'Évaluation rapide de la qualité (QIQ)

C. L'approche d'Assurance de la qualité (appliquée à la santé maternelle)

- Le pourcentage de nouveau-nés recevant des soins immédiats selon les directives du Ministère de la santé
- Le taux de mortalité périnatale au niveau d'un établissement
- Le pourcentage d'accouchements au cours desquels un partogramme a été correctement utilisé
- Le pourcentage d'accouchements pour lesquels un dossier clinique périnatal a été correctement rempli
- Le pourcentage de mères examinées toutes les 30 minutes au cours des deux premières heures suivant l'accouchement

Au cours des dix dernières années, la qualité des soins (QS) s'est trouvée au cœur des programmes internationaux de planification familiale. En accord avec le thème principal de la CIPD de 1994, celui de services centrés davantage sur les clients, de nombreux gouvernements et ONG à travers le monde ont conçu et mis en œuvre des initiatives visant à améliorer la QS dans leur propre contexte de prestation de services. Le paradigme soutenant une grande partie de ce travail est le cadre de Bruce/Jain qui définit les six composantes de la qualité des soins comme étant les suivantes : le choix des méthodes, l'information donnée aux clientes, les compétences techniques, les relations interpersonnelles, les mécanismes de suivi et de continuité et une constellation de services adéquats (Bruce, 1990).

Vu l'intérêt accru porté à la qualité qui s'est manifesté au cours des années 1990, de nombreuses organisations ont cherché à trouver des moyens d'évaluer la qualité, dans le but (1) de souligner auprès du personnel l'importance de la qualité, (2) d'identifier les problèmes qu'il leur fallait aborder et (3) de mesurer l'efficacité des interventions conçues pour améliorer la qualité.

Dans ce *Compendium*, nous nous efforçons de présenter trois approches servant à mesurer la qualité : l'Évaluation des prestations de services (EPS), l'Évaluation rapide de la qualité (« QIQ ») et l'approche de l'Assurance de la qualité (AQ).

A. L'Évaluation des prestations de services (EPS)

L'outil le plus complet pour évaluer la qualité des soins est l'Évaluation des prestations de services (EPS). C'est une enquête d'ampleur nationale auprès d'un échantillon représentatif d'établissements publics et/ou privés offrant des services de santé maternelle, infantile et de santé au delà reproduction. En plus de la qualité, il fournit

une mesure du fonctionnement dans son ensemble d'un réseau d'établissements cliniques, ainsi qu'un inventaire de l'équipement et des fournitures disponibles. L'EPS fournit un moyen d'évaluer les forces et les faiblesses du contexte de la prestation de services et pourrait (1) expliquer l'impact (ou le manque d'impact) des services sur les comportements relatifs à la santé de la population desservie et (2) guider les décideurs politiques et les gestionnaires de programme lorsqu'ils souhaiteront établir des priorités pour l'utilisation des ressources en vue d'obtenir de meilleurs effets de santé.

L'EPS emploie quatre méthodes différentes pour la collecte des données. La première est un *inventaire* des ressources et des services de soutien. C'est un moyen d'obtenir des informations sur la « disposition » d'un établissement à fournir chacun des services prioritaires en accord avec des normes de qualité reconnues. Dans le cadre de cet inventaire (aussi connu sous le nom d'audit clinique), les interviewers posent des questions au personnel au sujet de leurs qualifications, leur formation, leurs perceptions relatives au contexte de la prestation de services et au sujet de questions connexes.

La deuxième méthode est une *entrevue auprès du prestataire* et sert à demander des informations aux prestataires de services de santé au sujet de leurs qualifications (formation, expérience, formation continue), de la direction reçue et de leurs perceptions relatives au contexte de la prestation de services.

La troisième méthode est *l'observation* des services fournis. L'observation vise à évaluer dans quelle mesure les prestataires de service se conforment aux normes de la prestation de services.

La quatrième méthode est *l'entretien à la sortie* auprès des clientes ayant reçu les services. L'entretien à la sortie permet d'évaluer la compréhension et les perceptions de la cliente relatives à la consultation ou à l'examen. Il permet aussi d'évaluer à quel point la cliente se souvient

des instructions à suivre concernant un traitement ou des comportements préventifs. Le fait de se souvenir des messages principaux augmente les chances que la cliente parvienne à suivre le traitement concerné ou à présenter les comportements préventifs visant à optimiser les effets de santé.

L'EPS fournit non seulement une mesure de la qualité des soins, mais aussi du fonctionnement de l'établissement dans son ensemble. Ceci est reflété dans la liste de questions suivante qu'elle permet d'aborder :

1. Dans quelle mesure les établissements étudiés sont-ils préparés à fournir les services prioritaires ? (Disponibilité des ressources)
2. Dans quelle mesure le processus de prestation de services est-il en accord avec les normes reconnues ? (Processus de soins)
3. Dans quelle mesure les systèmes de soutien sont mis en place pour le maintien ou l'amélioration des services existants et est-ce qu'ils fonctionnent bien ? (Services de soutien)
4. Quelles sont les questions que les clientes et les prestataires de services trouvent pertinentes au niveau de satisfaction dans le contexte de la prestation de services ?

L'EPS permet d'obtenir les informations suivantes au sujet des quatre principaux types de services de santé, à savoir, la planification familiale, les IST, la santé maternelle et les soins de santé infantile :

- La disposition à fournir des services de bonne qualité ;
- La conformité aux normes de prestation de services ; et
- Le degré de compréhension de la cliente concernant la consultation.

Les autres données particulières à ces thèmes sont les suivantes :

Les infections sexuellement transmissibles (IST)

- La disposition à offrir un diagnostic et un traitement, tant au niveau de base qu'au niveau plus complexe, pour les infections soupçonnées ; et

- La disposition à diagnostiquer et à soigner les personnes infectées du VIH/SIDA. Cela comprend des composantes de programme précises se rapportant à la prévention du VIH/SIDA, au traitement des infections opportunistes, aux soins palliatifs et aux services de soutien pour la famille et les clients.

La santé maternelle

- La disposition à fournir des soins prénatals de bonne qualité, tant à des niveaux de base qu'à des niveaux plus complexes ; et
- La disposition à fournir des services d'accouchement, tant à des niveaux de base qu'à des niveaux plus complexes.

La santé infantile

- La disposition à fournir des services de vaccination de bonne qualité ; et
- La disposition à fournir un diagnostic de base et un traitement de patient externe de bonne qualité pour un enfant très malade.

Pour chacun de ces services de santé, l'EPS recouvre les composantes spécifiques suivantes :

- (1) **Le personnel :** Quelles sont les qualifications du personnel fournissant le service concerné ? Est-ce que les prestataires de service ont reçu une formation continue de façon régulière sur des sujets pertinents, et est-ce que la formation est récente ? Est-ce que les prestataires de service ont bénéficié d'un minimum de supervision ?
- (2) **Le processus :** Est-ce que les protocoles et les normes de pratique pour chaque service sont à la hauteur des normes généralement reconnues pour des services fondamentaux, ainsi que des services plus complexes, dans les établissements où on réfère les clientes ? Est-ce que les prestataires se conforment aux normes concernant la pratique en matière de prestation de services ? Le processus examiné comprend les procédures suivies, les composantes de l'examen physique, ainsi que les informations échangées entre le prestataire et la cliente (le passé, les symptômes, les conseils donnés). L'EPS cherche à voir si le processus lors de la prestation de services répond aux normes ; cependant, il ne permet pas d'évaluer dans quelle mesure les prestataires établissent un diagnostic correct des problèmes en question.

- (3) **Les ressources de l'établissement, l'équipement et les fournitures :** Quels sont précisément l'équipement et les fournitures disponibles pour répondre aux besoins des différents niveaux de la prestation de services ? Quels sont les systèmes et l'infrastructure fondamentaux susceptibles d'avoir un impact sur l'utilisation et la capacité de fournir des services de niveau standard ? Est-ce que les éléments nécessaires à la prestation de services pour répondre aux normes minimales sont présents, fonctionnent et se trouvent à la bonne place pour être utilisées lors de la prestation de services ? Est-ce qu'il existe des systèmes pour le maintien d'un niveau de disponibilité adéquat des fournitures (inventaires, entreposage adéquat, systèmes pour le maintien de l'équipement, les réparations ou le remplacement), et est-ce qu'il existe des preuves de leur efficacité ?
- (4) **Les systèmes d'évaluation et de suivi des services :** Est-ce que les systèmes d'information de routine sont à jour et en mesure de fournir des données fondamentales concernant les clientes et la prestation de services ? Existe-t-il des systèmes pour le suivi du niveau de couverture d'une communauté si c'est ce qui est attendu de l'établissement ?
- (5) **La gestion de l'établissement :** Est-ce que l'établissement dispose de systèmes de gestion fondamentaux, et est-ce qu'ils incluent la représentation de la communauté ? Est-ce que l'établissement participe à un mécanisme de financement ayant un impact sur les frais à payer par la communauté ou la cliente ?
- (6) **Le degré de compréhension de la cliente :** Quelles sont les informations relatives à la consultation, les instructions ou la visite de suivi dont la cliente se souvient ?
- (7) **Le contexte de la prestation de services :** Est-ce que l'établissement recueille des informations très élémentaires concernant les problèmes que le personnel pense devraient être abordés afin d'améliorer leur situation de travail et les services ? Est-ce que l'établissement recueille des données susceptibles de révéler ce que pensent les clientes des questions relatives à leur niveau de satisfaction par rapport à la consultation et au contexte de la prestation de services ?

L'EPS permet d'obtenir des données à partir de quatre instruments différents au sujet de quatre domaines de la santé de la reproduction et infantile. (De fait, c'est le volume important de données issues de ce type d'enquête qui a mené à la création du « QIQ » ; c'est un instrument d'une portée moins complète, fondée sur 25 indicateurs et se concentrant uniquement sur la planification familiale). Les évaluateurs ont beau fournir une image très complète de la disponibilité et de la qualité des services lorsqu'ils évaluent les quatre domaines de service tous ensemble, il existe un certain nombre de facteurs (par ex., des ressources humaines et financières limitées, un intérêt au niveau local pour un domaine de service particulier) susceptibles d'accorder une portée limitée à l'EPS. Cette méthode a été élaborée pour permettre aux évaluateurs d'utiliser chacun des modules séparément. L'annexe G donne une liste complète des indicateurs disponibles à parties de l'EPS pour chacun des quatre domaines, à savoir la planification familiale, les IST, la santé maternelle et la santé infantile. De plus, grâce à plusieurs indicateurs composites (présentés au cours des pages suivantes), il est possible d'évaluer le contexte de la prestation de services à travers des domaines de service.

Le module EPS fournit une mesure du contexte de la prestation de services. Tout d'abord, il permet d'identifier les forces et les faiblesses d'un ensemble d'établissements de santé à un moment donné dans le temps, et, s'il est répété, les données pourront montrer des changements dans le temps (comme cela a été fait en Tanzanie dans les années 1990). Deuxièmement, si un programme n'est pas en train d'atteindre l'effet souhaité, les données issues de l'EPS pourront faire ressortir les raisons liées au service servant à expliquer ce défaut. Troisièmement, les données issues de l'EPS jouent un rôle important dans une approche plutôt récente pour l'évaluation des effets de programme. Les chercheurs relient les données des établissements venant de l'EPS aux données sur les ménages issues des EDS dans le but de montrer que les changements (des améliorations) au niveau du contexte de la prestation de services améliorent les effets au niveau de la population.

Dans ce volume, nous présentons trois indicateurs composites visant à capter le fonctionnement de sous-systèmes de besoins au niveau clinique pour atteindre un objectif. Par exemple, pour assurer la stérilisation de l'équipement, il faut que plusieurs conditions soient présentes : l'équipement de stérilisation doit être

disponible, une source de chaleur doit être disponible, le prestataire doit pouvoir utiliser l'équipement et que les éléments doivent être correctement entreposés après la stérilisation, entre autres. À titre individuel, chaque indicateur fournit certes des informations utiles, mais il faut que les évaluateurs mettent ensemble plusieurs éléments spécifiques pour en faire des indicateurs composites servant à évaluer le fonctionnement d'un sous-système. Les trois indicateurs composites présentés dans les pages suivantes forment l'approche proposée par Macro International Inc. pour convertir les conclusions concernant des rubriques individuelles de l'EPS en scores composites. Si les indicateurs composites en sont encore au stade de développement (pour ce qui est du poids accordé à chacune des rubriques, un résumé des résultats pour toutes les rubriques et des détails connexes), en revanche, la plupart des rubriques individuelles constituant les scores résumé ont été testées sur le terrain.

LE POURCENTAGE D'ÉTABLISSEMENTS PRÉPARÉS À FOURNIR LES SERVICES ESSENTIELS

Élément concerné : La disponibilité des services (de planification familiale, pour les IST, de santé maternelle et de santé infantile)

Définition

Cet indicateur composite est une combinaison de plusieurs indicateurs sur la disposition à fournir un service donné en répondant aux normes minimum. Il fournit une mesure du pourcentage d'établissements ayant chacun des éléments suivants :

- Tout l'équipement essentiel présent, en état de fonctionnement et situé dans la zone de prestation de services ou relativement à proximité permettant son utilisation ;
- Tous les médicaments et toutes les fournitures essentiels présents ; et
- Au moins un ensemble de membres du personnel rattaché à l'établissement et possédant une formation professionnelle ou ayant reçue une formation sur le lieu de travail leur donnant les qualifications nécessaires pour fournir le service en répondant aux procédures qui constituent la norme.

Les données nécessaires (particulières à chaque service)

Un inventaire de l'état de fonctionnement de l'équipement et la situation par rapport à la zone de prestations de services ; l'inventaire des médicaments et fournitures ; l'inventaire de tout le personnel assigné à l'établissement ainsi que leurs qualifications et formation continue dans des domaines reliés au service fourni, pour le personnel présent le jour de la visite.

On pourra employer les définitions principales des « éléments essentiels » (fondées sur les normes de pratique les plus reconnues), pour comparer la disposition à fournir le service au niveau de plusieurs pays. Toutefois, les évaluateurs pourront aussi ajuster les éléments essentiels en fonction des normes relatives aux services dans chaque pays.

Source(s) de données

Des entrevues auprès du personnel chargé de chaque service ; un inventaire de l'établissement et une vérification physique de l'équipement et des fournitures.

But et questions

Cet indicateur fournit des informations concernant la disposition d'un établissement à offrir un service particulier en suivant au moins les normes de qualité minimales. Il pourra servir à identifier les lacunes entre les normes prévues de prestation de service et les ressources effectives sur place nécessaires à la prestation de services selon la norme donnée. Le plus souvent, ces lacunes reflètent des problèmes au niveau des systèmes de soutien, tels que les produits et la logistique, la répartition du personnel ou sa formation.

Un des aspects importants concernant cet indicateur est qu'il permet d'évaluer la disponibilité des ressources sur les lieux de prestation de services. Tout élément essentiel ne se trouvant pas sur les lieux de prestation de services (par ex., un appareil pour mesurer la pression artérielle) se trouvant en un autre lieu de prestation, ou des fournitures enfermées à clé dans un placard d'entreposage), sera considéré comme n'étant « pas disponible ». Cette approche permet une évaluation plus réaliste de la capacité d'un établissement d'être à la hauteur des normes relatives à la prestation de services.

Le niveau de préparation constitue une mesure importante, puisqu'un établissement qui n'est pas à la mesure de la norme relative à l'indicateur n'est pas capable de fournir le service selon les normes établies.

On pourra aussi analyser la disponibilité des services au niveau d'un établissement par type d'établissement, par zone géographique, ou par secteur (par ex., le gouvernement, les organisations privées à but lucratif, ou privées à but non lucratif).

L'EPS permet de fournir une évaluation à un seul moment dans le temps. Toutefois, il est possible d'évaluer les changements dans le temps en reprenant l'EPS dans un établissement donné ou un ensemble d'établissements à intervalles réguliers (par ex., tous les 3 ou 5 ans) Si on utilise un échantillon représentatif, l'image de la préparation devrait refléter justement la situation dans son ensemble à un niveau d'analyse donné (par ex., au niveaux régional ou national). Elle ne fournira cependant pas forcément une image exacte de la situation dans un établissement précis.

Il conviendra de noter plusieurs limites. Premièrement, l'EPS fournit des données concernant la mesure dans laquelle un établissement ou un ensemble d'établissements est « disposé » à fournir un service selon une norme donnée. Il ne s'agit pas d'un moyen de mesurer la prestation de services elle-même (par ex., de voir si le service fourni est à la hauteur des normes de qualité lors d'une consultation donnée). De la même manière, l'EPS ne permet pas de noter dans quelle mesure les prestataires se sont conformés au bon processus ou ont pris les bonnes décisions concernant des clientes particulières.

Deuxièmement, l'EPS ne permet pas d'évaluer le niveau de disposition par rapport à la demande éventuelle de services selon le niveau de clientèle normal. Si l'ampleur de la clientèle dépasse les capacités de l'établissement, cette surcharge peut accroître le temps d'attente, obliger le personnel à négliger les tests ou d'autres processus pour lesquels il n'y a pas assez d'équipement, ou encore causer que la clinique n'ait pas suffisamment de produits pour répondre à la demande de la clientèle. Cela entraîne une baisse de la qualité des services.

Troisièmement, le niveau de préparation ne fournit qu'une mesure de l'accès ; cet indicateur ne permet pas de recouvrir les autres aspects relatifs à l'accès, tels que le nombre d'heures durant lesquelles le service est fourni, ainsi que les contraintes géographiques, culturelles ou financières.

LE POURCENTAGE D'ÉTABLISSEMENTS AYANT UN SYSTÈME DE SOUTIEN À LA QUALITÉ DE LA PRESTATION DE SERVICES (ÉVALUÉ SÉPARÉMENT POUR CHAQUE SERVICE CONCERNÉ)

Élément concerné : Le système de soutien à la qualité.

Définition

Cet indicateur composite est une combinaison de plusieurs indicateurs relatifs aux systèmes de soutien nécessaires à une prestation de services de bonne qualité. Il fournit une mesure du pourcentage d'établissements possédant chacun des éléments suivants :

- Des ressources et des systèmes adéquats pour la prévention de la transmission des infections ;
- Des protocoles écrits pour la prestation de services, propres à chaque service ;
- Des éléments de support visuel pour éduquer les clientes à propos du service concerné ;
- Les prestataires de services ont reçu une formation sur les lieux du travail sur un sujet connexe au cours des 12 derniers mois ;
- Les prestataires de service ont été supervisés lors de la prestation au cours des 6 derniers mois ;
- Des systèmes d'information fournissant des informations de base sur les clientes et les services fournis ;
- L'utilisation de dossiers/fiches individuelles ; et
- Des systèmes pour le suivi du niveau de couverture par les services (là où cela s'applique).

Les données nécessaires (particulières à chaque service)

L'équipement et les procédures standards nécessaires au contrôle des infections ; les fournitures pertinentes au contrôle des infections dans les zones de prestation de services ; les registres et fiches d'informations sur les client(e)s et des copies des protocoles ; et des informations concernant la formation sur les lieux de travail et la supervision du personnel de prestation de services.

On pourra employer les définitions principales en ce qui concerne le « minimum nécessaire » (fondées sur les normes de pratique les plus reconnues), pour chacun des aspects relatifs à la qualité mesurés, de façon à pouvoir comparer le soutien aux systèmes pour la qualité des services dans plusieurs pays. Les évaluateurs pourront cependant ajouter des détails concernant les éléments essentiels selon les normes particulières au pays concerné.

Source(s) de données

Des entrevues auprès du personnel responsable de chaque service ; l'inventaire de l'établissement et une vérification physique de l'équipement et des fournitures.

But et questions

Cet indicateur fournit des informations permettant de voir si un établissement a mis en place des systèmes pour le soutien et le maintien de normes minimales de qualité. Cet indicateur permet aussi d'évaluer la manière dont un système fonctionne (par ex., si la formation du personnel est récente ; si le personnel connaît les bonnes procédures pour la désinfection et la stérilisation). Il permet d'identifier les lacunes séparant les systèmes tels que planifiés et les pratiques effectives. Le plus souvent, ces lacunes reflètent des problèmes au niveau des systèmes de soutien, tels que les systèmes pour les produits et la logistique, le système de gestion et de supervision au niveau de l'établissement ou la formation du personnel.

On pourra analyser chacune des composantes du système de soutien par type d'établissement, par zone géographique ou par secteur (par ex., le gouvernement, les organisations privées à but lucratif, privées à but non lucratif). Chacun de ces facteurs pourra exercer une influence unique sur des éléments particuliers (par ex., la disponibilité des produits, l'accès pour la supervision, la mise en place de normes acceptables) nécessaires pour soutenir le niveau de qualité des soins.

Même si cet indicateur fournit des informations concernant l'existence de systèmes devant soutenir la qualité des services, le fait qu'un établissement réponde aux critères de l'indicateur ne signifie pas qu'il fonctionne selon les normes ni qu'il atteigne de bons résultats au niveau de la qualité. Par exemple, bien que le personnel ait indiqué dans ses rapports que les procédures correctes pour la stérilisation de l'équipement ont été suivies, l'EPS ne permet pas d'observer le processus de stérilisation. De la même manière, même si l'EPS permet d'évaluer le niveau de formation du personnel, il ne permet pas une évaluation de la performance et de l'expertise dont le personnel fait preuve au travail. Il en va de même pour l'évaluation de la supervision, laquelle provient des rapports présentés par l'établissement et non de l'observation des pratiques.

Cet indicateur et la question du genre

Les services qui font preuve de sensibilité aux questions de genre et ceux qui fournissent des soins de très grande qualité se recoupent à de nombreux niveaux. Les éléments qui contribuent à la qualité d'un programme devraient inclure un traitement équitable des sexes de la part des prestataires, le respect pour la dignité de la cliente, ainsi qu'une attention portée au droit au respect de la vie privée de la cliente, à la confidentialité et à un choix libre et informé. Si les éléments propres à un programme se souciant de l'équité entre les sexes sont inclus dans les paramètres servant à mesurer la qualité des soins, le pourcentage d'établissements soutenant la prestation de services de bonne qualité représentera aussi ceux qui portent leur attention à la question du genre.

LE POURCENTAGE D'ÉTABLISSEMENTS OÙ ____ POUR CENT DES CLIENTES REÇOIVENT LE SERVICE À LA HAUTEUR DES NORMES ATTENDUES

Élément concerné : La conformité aux normes de prestation de services.

Définition

Cet indicateur composite est une combinaison de plusieurs indicateurs relatifs à la prestation de services et concernant le fait de fournir des consultations et examens de bonne qualité pour les clientes. L'indicateur fournit une mesure du nombre d'établissements, exprimé en pourcentage, où les prestataires emploient des procédures standard lors de leurs interactions avec les clientes. Par exemple :

- Recueillir les éléments essentiels de l'historique de la cliente ;
- Effectuer les examens physiques et le suivi essentiels ;
- Fournir un traitement (si cela s'applique) ou effectuer une intervention en accord avec les normes, à partir de l'évaluation de la cliente ; et
- Fournir les informations essentielles à la cliente au cours de la consultation.

Les données nécessaires

Le contenu de l'historique des clientes recueilli au cours des consultations ; les procédures d'examen spécifiques qui ont été menées ; les traitements ou interventions prescrits ou fournis ; et le contenu du counseling offert aux clientes.

Des définitions centrales existent concernant les « processus standards » que les prestataires doivent suivre lorsqu'ils fournissent un service (ce sont des processus fondés sur des normes de pratique couramment acceptées) ; les évaluateurs pourront utiliser ces définitions afin de comparer la disponibilité des services au niveau de plusieurs pays. Les évaluateurs pourront cependant compléter les éléments essentiels à l'aide d'éléments propres au pays concerné qui répondent à leurs normes de prestation de services.

Source(s) de données

L'observation des interactions entre prestataires et clientes.

But et questions

Cet indicateur fournit des informations permettant de voir dans quelle mesure les prestataires de services se conforment aux normes spécifiques de prestation de services. Son interprétation devrait être reliée aux deux indicateurs précédents (lesquels fournissent une mesure des ressources essentielles et s'appliquent aux systèmes reliés à la qualité des soins). Dans le cas où l'établissement ne parvient pas à répondre aux normes minimales pour ce qui est des ressources et des systèmes soutenant la qualité des soins, les prestataires auront beaucoup de difficultés à se conformer aux normes de prestation de services. En revanche, si l'établissement répond à ces normes minimales mais que le prestataire ne parvienne pas à se conformer aux directives relatives à la prestation de services, ce résultat se traduira en besoins de remettre en question le niveau d'adéquation de la supervision, le maintien des compétences et de la formation, ainsi que la gestion et le leadership.

Les procédures de prestation de services suivies pourront être analysées par type d'établissement, par zone géographique ou par secteur (par ex., le gouvernement, le secteur privé à but lucratif, privé à but non lucratif). Cet indicateur permet de voir dans quelle mesure le processus de prestation de services est conforme aux normes reconnues. Toutefois, il ne permet pas d'évaluer à quel point les prestataires interprètent correctement les informations et si les actions qui ont suivi sont adéquates.

L'aspect le plus difficile pour mesurer cet indicateur est relatif aux biais inhérents à l'observation des interactions entre clientes et prestataire, ainsi qu'aux questions relatives à l'échantillonnage (il en a été questions dans l'introduction à cette section).

B. L'Évaluation rapide de la qualité (QIQ)

À l'inverse de l'EPS, qui recouvre de nombreux domaines de la santé de la reproduction, l'évaluation QIQ a été conçue tout particulièrement pour la planification familiale.

La qualité des soins est une question complexe, présentant de multiples facettes. Aussi, les évaluateurs pourraient pratiquement utiliser des centaines d'indicateurs pour mesurer cet aspect et auraient été submergés par le volume élevé de données qui en résulterait. Pour des raisons pratiques, le système « QIQ » a été conçu comme une « liste abrégée » contenant 25 indicateurs se rapportant au comportement des clientes et aux effets. Ces indicateurs principaux — qui ne constituent pas du tout un ensemble complet — servent de « marques » d'un vaste ensemble de comportements et d'états ; les établissements ayant une bonne performance à ces niveaux devraient aussi avoir une bonne performance au niveau d'un ensemble plus élargie d'indicateurs. Pour une description complète du système QIQ, nous référons les lecteurs à Sullivan et Bertrand (2000). Le tableau II.H.2.1 fournit la liste des 25 indicateurs numérotés (de I-1 à I-25) de la même manière que dans des publications précédentes concernant ce système.

Les évaluateurs pourront mesurer chacun des indicateurs à l'aide d'une (ou plusieurs) des trois méthodes de collecte de données, tel qu'on peut le voir dans le tableau II.H.2.1. Les trois méthodes sont les mêmes que pour l'EPS :

- **L'audit d'établissement**, avec certaines questions posées au gestionnaire de programme ;
- **L'observation** des interactions entre cliente et prestataire et d'un certain nombre de procédures cliniques choisies ; et
- **Des entretiens à la sortie** auprès de clientes quittant l'établissement (et ayant été observées auparavant).

L'audit permet de mesurer à quel point un établissement est **disposé** à fournir des services de qualité. Étant donné qu'ils observent les interactions entre clientes et prestataires, les évaluateurs pourront évaluer directement le niveau effectif de la **qualité offerte**. L'entretien à la sortie fournit le feedback des clientes

et leurs perceptions concernant la **qualité des soins reçus**. La prémisse de base est qu'une meilleure qualité des soins entraîne l'utilisation des services, l'adoption et la continuation de l'utilisation de contraceptifs. Les rubriques incluses sous le système « QIQ » sont tirées, pour la plupart, de l'Analyse situationnelle (Miller et al., 1997). Elles ont ensuite été reformulées pour être consistantes avec l'EPS (autrement dit, la plupart des rubriques contenues dans le système QIQ sont incluses dans l'EPS pour la planification familiale).

Le tableau II.H.2.1 ci-dessous présente la liste abrégée des indicateurs, en précisant quel instrument de collecte de données à utiliser pour chaque indicateur. Ces indicateurs fournissent une mesure pour cinq des six éléments compris dans le cadre de Bruce/Jain (tous, sauf la « constellation de services adéquate »).

L'ÉVALUATION RAPIDE DE LA QUALITÉ (QIQ)

Définition

Le système « QIQ » est un ensemble de 25 indicateurs qui mesurent dans leur ensemble la qualité des soins au niveau des programmes de planification familiale.

Les données nécessaires

Les estimations ou évaluations venant d'un évaluateur externe (dans le cas d'un audit d'établissement, venant du guide d'observation et d'une cliente mystère), ainsi que les réponses des clientes au moment de l'entretien à la sortie.

Source(s) de données

L'audit d'établissement ; l'entretien à la sortie auprès des clientes ; un guide d'observation ; et/ou une cliente mystère. Note : les trois premières s'inspirent fortement d'instruments comparables utilisés en Analyse situationnelle (Miller et al., 1997).

But et questions

Le « QIQ » est un instrument peu coûteux et pratique permettant d'évaluer la qualité des soins au niveau des programmes de planification familiale. Quoique particulier au PF, il a été adapté plusieurs fois à des domaines connexes de la SR (Sullivan et Bertrand, 2000).

Les instruments ont été mis à l'essai dans cinq pays (à savoir, l'Équateur, la Turquie, l'Ouganda, le Zimbabwe et le Maroc). L'expérience sur le terrain montre que la collecte de données servant à obtenir ces indicateurs est pratique et que les résultats sont plutôt cohérents au niveau de tous les instruments (à savoir, l'observation et l'entretien à la sortie auprès des clientes [Bessinger et Bertrand, 2001]).

Dans l'idéal, on voudra élaborer un score résumé pour l'ensemble des indicateurs. Certes, le fait de rapporter les forces et les faiblesses de certains établissements ou réseaux d'établissements continuera d'être utile, mais un score résumé pourra faciliter les comparaisons entre

établissements dans un même réseau ou au niveau d'un même établissement dans le temps. Cependant, afin de justifier l'élaboration d'un score résumé, il faut que tous les éléments « se déplacent dans la même direction ». Une analyse en profondeur des données issues de mises à l'essai sur le terrain en Équateur et au Zimbabwe a montré que la plupart des indicateurs, mais pas tous, étaient reliés de manière positive ; de ce fait, aucun score résumé n'a été calculé (Sullivan, Rice et Bertrand, 2001).

Tableau II.H.2.1. Liste abrégée des indicateurs pour l'évaluation « QIQ »

Numéro de l'indicateur	Indicateur	Entretien à la sortie auprès des clientes	Observation	Audit d'établissement
	LE/LA PRESTATAIRE			
I-1	Fait preuve de bonnes compétences en matière de counseling (composite)	✓	✓	
I-2	S'assure de la confidentialité des clientes		✓	
I-3	Pose des questions sur les intentions des clientes à propos de la reproduction (plus d'enfants ? quand ?)	✓	✓	
I-4	Discute avec la cliente pour savoir quelle méthode elle préfère	✓	✓	
I-5	Mentionne le VIH/SIDA (commence à en parler, ou répond à une question)	✓	✓	
I-6	Parle de la protection double (utilisation des méthodes)	✓	✓	
I-7	Traite les clientes avec respect/courtoisie	✓	✓	
I-8	Adapte les informations les plus importantes aux besoins particuliers de la cliente concernée	✓		
I-9	Fournit des informations correctes concernant la méthode acceptée (instructions d'utilisation, effets secondaires, complications)	✓	✓	
I-10	Donne des instructions indiquant quand la cliente doit revenir	✓	✓	
I-11	Se conforme aux procédures de contrôle des infections telles que définies dans les directives		✓	
I-12	Reconnaît/identifie les contre-indications, conformément aux directives		✓	
I-13	Effectue les procédures cliniques conformément aux directives		✓	
	LE PERSONNEL (autre que prestataire)			
I-14	Traite les clientes avec dignité et respect	✓		
	LA CLIENTE			
I-15	Participe activement à la discussion et au choix de la méthode (son « pouvoir d'action » est accru)	✓	✓	
I-16	Reçoit la méthode qu'elle a choisie	✓	✓	
I-17	Croit que le/la prestataire gardera ses informations confidentielles	✓		
	L'ÉTABLISSEMENT			
I-18	Possède toutes les méthodes (approuvées) à disposition ; pas de rupture de stock			✓
I-19	Possède les éléments de base nécessaires pour fournir les méthodes disponibles à travers le PPS (à savoir, le matériel de stérilisation, des gants, un appareil de mesure de la tension artérielle, des spécula, un éclairage suffisant, de l'eau)			✓
I-20	Offre l'isolement lors de l'examen pelvien ou l'insertion du DIU (personne ne peut voir)	✓	✓	✓
I-21	Possède des mécanismes permettant d'effectuer des changements au programme à partir du feedback des clientes			✓
I-22	A reçu une visite de supervision au cours des ____ derniers mois			✓
I-23	Entrepose correctement les contraceptifs et les médicaments (à l'abri de l'eau, de la chaleur, de la lumière du soleil direct) dans ses locaux			✓
I-24	A des directives cliniques les plus modernes récentes			✓
I-25	Les clientes considèrent que le temps d'attente est acceptable	✓		✓

Encadré II.H.2.1 Définition des 25 indicateurs « QIQ »

I-1 : Le/la prestataire fait preuve de bonnes compétences en counseling (composite incluant I-2 à I-9)

De bonnes compétences en termes de counseling sont définies selon la manière dont le prestataire communique avec la cliente et quelles informations sont fournies au cours de la consultation. À un prestataire faisant preuve de bonnes compétences en matière de counseling, on attribuera un « oui » comme score pour les indicateurs I-2 à I-9.

I-2 : Le/la prestataire s'assure de la confidentialité de la cliente

Par « confidentialité » on entend la garantie que le/la prestataire gardera confidentielles les informations que la cliente donne au cours de la consultation. Autrement dit, les informations, telles que les dossiers des clientes, sont protégées (par ex., dans une armoire fermée à clé), et le/la prestataire ne partage que les informations pertinentes au cas concerné et de manière adéquate (par ex., dans le contexte de la clinique, là où d'autres clientes ne pourront pas entendre les informations).

I-3 : Le/la prestataire pose des questions aux clientes concernant leurs intentions en matière de planification familiale (davantage d'enfants ? quand ?)

Le/la prestataire se renseigne sur les intentions en matière de planification familiale : le *désir* d'avoir plus d'enfants et le *temps* désiré pour les naissances futures. Par *désir*, il s'agit de savoir si une femme souhaite avoir un ou un autre enfant ou non ; et avec le *temps*, il s'agit de savoir à quel moment elle voudrait avoir un autre enfant.

I-4 : Le/la prestataire discute avec la cliente pour savoir quelle méthode elle préfère

Par « méthode de préférence », on entend la méthode de contraception que la cliente souhaite utiliser au moment où elle arrive à la clinique. Elle pourra préférer une méthode temporaire, telle que la pilule, les méthodes injectable, ou le préservatif, si elle souhaite espacer les naissances. Ou alors, elle pourra préférer une méthode à long terme, telle que le DIU, l'implant ou une méthode permanente telle que la stérilisation, si elle souhaite limiter le nombre d'enfants qu'elle entend avoir.

I-5 : Le/la prestataire fait mention du VIH/SIDA (commence à en parler, ou répond à une question)

Le VIH (Virus de l'immunodéficience humaine) est un précurseur de la maladie du SIDA (le syndrome de l'immunodéficience acquise). Un/une prestataire mentionnera le VIH/SIDA en parlant de la façon dont la maladie se transmet et/ou des moyens de se protéger (préservatif, abstinence, fidélité envers un/une partenaire qui n'est pas infecté du virus).

I-6 : Le/la prestataire parle de la protection (utilisation de double méthode)

Par « protection double », on entend l'utilisation de préservatifs (pour se protéger des IST et du VIH/SIDA) seulement ou en complément d'une autre méthode de contraception, afin de prévenir toute grossesse non voulue. Même si les préservatifs peuvent protéger à la fois des maladies et de la grossesse, ils n'ont pas constitué la « méthode préférée » pour la plupart des couples. (Cette tendance est en train de changer dans certains pays, en réaction au VIH/SIDA). Ainsi, certaines personnes choisissent ou continuent d'utiliser une méthode de contraception très efficace, en plus des préservatifs.

I-7 : Le/la prestataire traite la cliente avec respect/courtoisie

L'expression de la « courtoisie et du respect » pourra varier d'une culture à l'autre. En général, la courtoisie implique de saluer une personne d'une manière adéquate selon sa culture (par ex., en échangeant des salutations, en se serrant la main), de faire savoir, en se servant de mots ou de gestes, à la personne quelle est la bienvenue, en s'adressant à elle d'une manière positive, sans condescendance et ainsi de suite.

I-8 : Le/la prestataire adapte les informations les plus importantes aux besoins particuliers de la cliente concernée

Le/la prestataire « adapte » les informations les plus importantes aux besoins de la cliente en évaluant son passé (en examinant son dossier et/ou en posant des questions à la cliente sur elle-même) et en adaptant les informations dont il a été question au cours de la consultation en fonction de ce qui a été appris sur la cliente. Par exemple, le/la prestataire pourra poser des questions à la cliente sur ses intentions en matière de reproduction et ne parlera que des méthodes temporaires si la cliente indique qu'elle souhaite avoir d'autres enfants à l'avenir.

I-9 : Le/la prestataire donne des informations correctes au sujet de la méthode acceptée (instructions d'utilisation, effets secondaires, complications)

Par « correctes » on entend des informations correctes dans les faits. Lorsqu'il s'agit de fournir des contraceptifs, un/une prestataire devrait parler des normes actuelles relatives au mode d'emploi de la méthode concernée, aux effets secondaires et à toute complication qui pourrait survenir de l'utilisation d'une méthode contraceptive.

I-10 : Le/la prestataire donne des instructions indiquant quand la cliente doit revenir

Le/la prestataire informe les clientes de quand elles devraient venir pour leur prochaine visite.

I-11 : Le/la prestataire se conforme aux procédures de contrôle des infections telles que définies dans les directives

Le « contrôle des infections » se rapporte au maintien de conditions aseptiques dans le cadre de la clinique. Quelques exemples en sont le fait de se laver les mains, de porter des gants stériles et de stériliser l'équipement après chaque usage. Par « directives », on entend les normes ou les protocoles tels que spécifiés par le programme ou par les normes nationales ou internationales (ou une combinaison des trois).

I-12 : Le/la prestataire reconnaît/identifie les contre-indications conformément aux directives

Les contre-indications sont les caractéristiques de la cliente qui rendraient l'utilisation d'une méthode contraceptive particulière dangereuse. Par exemple, si une cliente a une IST ou le VIH, le prestataire ne devrait pas lui conseiller d'utiliser un DIU, parce que cela pourrait mener au développement d'une pelvipéritonite.

I-13 : Le/la prestataire effectue les procédures cliniques conformément aux procédures

Les procédures cliniques sont des actions spécifiques (autres que les procédures pour le contrôle des infections mentionnées plus haut) qui sont recommandées par le programme. Par exemple, l'une des directives les plus courantes est que les prestataires expliquent certains aspects de l'examen physique à la cliente.

I-14 : Le personnel traite la cliente avec dignité et respect

Par « personnel », on entend le personnel de la clinique (autre que le/la prestataire), qui communique avec la cliente à la clinique. Cela inclut le personnel chargé de l'admission des patients ou tout autre personnel auxiliaire, tel que les éducateurs en santé, les travailleurs sociaux et la réceptionniste. On dira que la cliente est respectée si le personnel la salue amicalement et la traite avec une courtoisie adéquate selon la culture concernée.

I-15 : La cliente participe activement à la discussions et au choix de la méthode (son « pouvoir d'action est accru »)

Les clientes « participent activement » à la discussion lorsqu'elles posent des questions et donnent volontairement des informations sur elles-mêmes. Le « pouvoir d'action accru » se rapporte au sentiment d'être son propre agent dans une situation donnée. Dans le contexte des services de santé, une cliente devrait se sentir suffisamment confiante pour exiger les soins dont elle a besoin. Les clientes font preuve d'un pouvoir d'action accru lorsqu'elles posent des questions et se sentent suffisamment à l'aise pour choisir la méthode qu'elles pensent être la meilleure pour elles (plutôt que de sentir qu'elles doivent accepter la recommandation du/de la prestataires).

I-16 : La cliente reçoit la méthode qu'elle a choisie

La méthode que la cliente préfère se rapporte à la celle qu'elle souhaite recevoir lorsqu'elle entre pour la première fois à la clinique. Une cliente reçoit la méthode de son choix si c'est bien cette méthode qu'elle reçoit le jour de sa visite, si elle est référée ailleurs ou si on lui prescrit cette méthode. (Note : il est difficile de faire le suivi de cet indicateur dans les cas où la cliente doit revenir pour une visite de suivi, si elle est référée ailleurs ou si on lui a prescrit une méthode). Note : il arrivera qu'elle ne reçoive pas la méthode de son choix si cela est contre-indiqué pour des raisons médicales.

I-17 : La cliente croit que le/la prestataire gardera ses informations confidentielles

La confidentialité se rapporte à la mesure dans laquelle les informations personnelles sont gardées privées tant à l'intérieur du système de la clinique qu'à l'extérieur. Par le biais de ses visites à la clinique, il arrivera qu'une cliente arrive à croire que la clinique protégera ses informations personnelles. Les informations sont traitées avec confidentialité lorsque les prestataires ne se servent des noms de leurs clientes que là où c'est nécessaire, protègent les dossiers des clientes et ne discutent les cas des clientes que dans la mesure où cela est nécessaire dans le contexte de la clinique et pas au niveau de la communauté. (Note : les essais sur le terrain pour ces instruments montrent que le fait que le/la prestataire s'assure de la confidentialité [I-2] ne signifie pas forcément que la cliente croit que les informations demeureront confidentielles.)

I-18 : L'établissement possède toutes les méthodes (approuvées) disponibles ; pas de ruptures de stock

Les méthodes approuvées sont celles pour lesquelles la clinique a une licence ou qu'elle est autorisée à pourvoir. Par exemple, certaines cliniques n'auront peut-être pas le personnel clinique formé pour offrir les méthodes exigeant beaucoup de formation clinique (par ex., la stérilisation masculine ou féminine, l'insertion du DIU). Le terme de « rupture de stock » renvoie à l'incapacité de fournir un contraceptif à une cliente parce qu'il n'est pas disponible à la clinique le jour de la visite de la cliente. Les ruptures de stock peuvent varier selon la méthode, et en durée et en fréquence. Par exemple, une clinique pourra être viable dans l'approvisionnement pour la pilule, mais avoir une rupture de stock en préservatifs pendant une semaine tous les mois.

I-19 : L'établissement possède le matériel de base nécessaire pour fournir les méthodes disponibles à travers le point de prestation de services (le matériel de stérilisation, des gants, un appareil pour prendre la pression artérielle, des spécula, un éclairage suffisant, de l'eau)

Le « matériel de base », les éléments essentiels pour fournir sans danger les méthodes de contraception, sont considérées comme disponibles si au moins un est en stock et en état d'utilisation. L'équipement nécessaire varie en fonction de chaque méthode de contraception. Une clinique devrait posséder l'équipement minimum nécessaire pour chaque méthode. (Note : il faut faire la distinction entre une liste de base d'instruments et une liste complète. Les utilisateurs de cet outil ont trouvé qu'il était plus pratique, lorsqu'ils font le suivi de la qualité des soins, de limiter cette question à une « liste abrégée » d'éléments essentiels, plutôt que d'inclure une liste exhaustive telle qu'on utilise habituellement pour la supervision.)

I-20 : L'établissement offre l'isolement visuel lors de l'examen pelvien ou de l'insertion du DIU (personne ne peut voir)

L'isolement visuel (caractère privé de la visite) se rapporte à un endroit isolé des autres pour l'examen physique. Un endroit privé est une pièce avec une porte ou ayant une partie cachée par un rideau.

I-21 : L'établissement possède des mécanismes permettant d'effectuer des changements au programme à partir du feedback des clientes

Le terme de mécanismes se rapporte aux moyens disponibles pour effectuer les changements nécessaires au programme. Certains mécanismes visant à obtenir le feedback des clientes sont : les boîtes à suggestion, les entrevues informelles auprès des clientes et des réunions communautaires avec des clientes de la région desservie. Il faut ensuite que le personnel/la gestion examinent les suggestions et prennent la décision d'agir ou non.

I-22 : L'établissement a reçu une visite de supervision au cours des ___ derniers mois

La visite d'un superviseur, à savoir la visite sur une base régulière d'un gestionnaire de programme ou d'un superviseur, assure que l'établissement se conforme aux normes et aux directives du moment. La fréquence de ces visites pourra varier en fonction des besoins du programme (par ex., au moins une fois tous les six mois).

I-23 : L'établissement entrepose correctement les produits de contraception et les médicaments (à l'abri de l'eau, de la chaleur, de la lumière directe du soleil) dans ses locaux

Par « entreposage adéquat », on entend un endroit réservé pour garder les produits de contraception et les médicaments intègres. Opérationnellement, on le définit comme un endroit à l'abri de l'eau, de la chaleur et de la lumière directe du soleil, et pas à même le sol.

I-24 : L'établissement possède des directives de pointe

Par « de pointe », on entend les informations les plus à jour et reflétant les normes actuelles et internationales en ce qui concerne les protocoles cliniques. Les directives de pointe permettent d'assurer que les pratiques et les procédures recommandées soient fondées sur les recherches les plus récentes.

I-25 : Les clientes considèrent que le temps d'attente dans l'établissement est acceptable

L'expression « temps d'attente » se rapporte au temps que les clientes doivent attendre entre le moment où elles entrent dans la clinique et celui où elles voient le principal prestataire. Le fait d'être « acceptable » est déterminé à partir des réponses des personnes interviewées (c'est-à-dire, est-ce que le temps d'attente était trop long ou satisfaisant). Ce qui constitue un temps d'attente acceptable pourra varier d'un pays à l'autre ; les clientes en arrivent à accepter ce qu'elles perçoivent comme étant inévitable. D'autres définiront comme acceptable un temps d'attente de moins de 30 minutes.

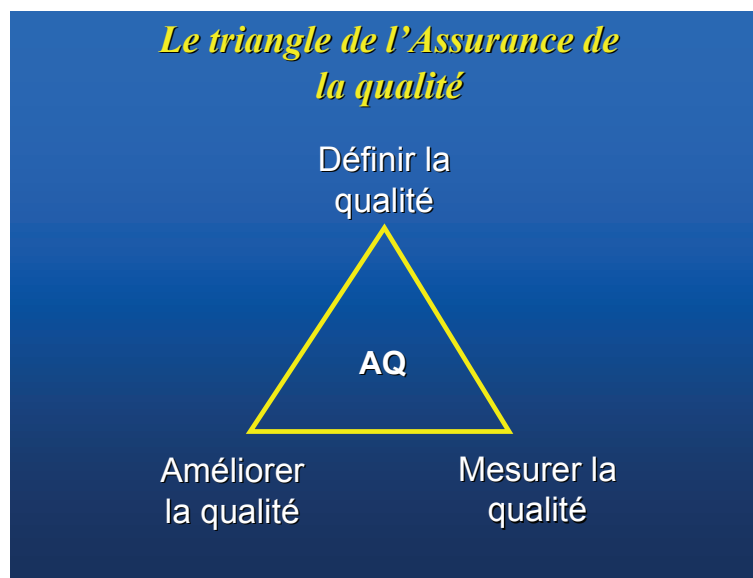
C. L'approche de l'Assurance de la qualité (appliquée à la santé maternelle)

L'approche de l'Assurance de la qualité

L'approche de l'Assurance de la qualité (AQ) concernant les questions relatives à la qualité des soins incorpore trois fonctions principales : **définir la qualité, mesurer la qualité et améliorer la qualité** (QAP/URC, 2001a.) Le triangle de l'AQ (voir la figure II.H.2.1) illustre

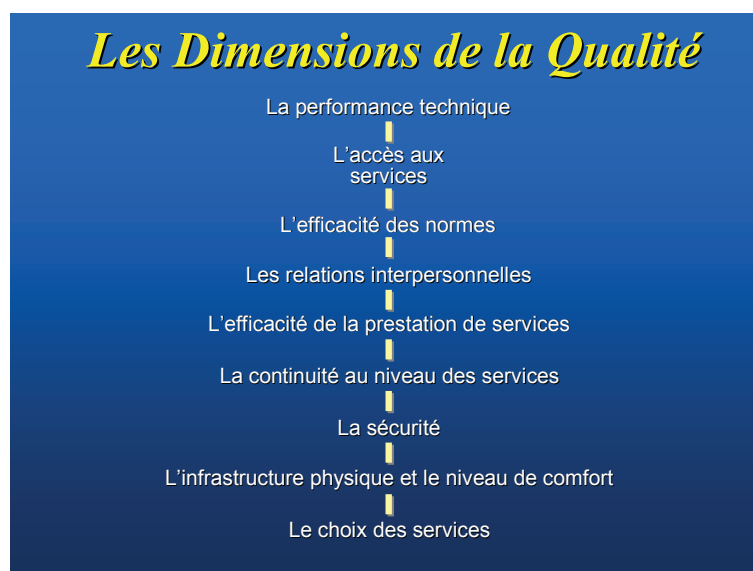
bien la synergie entre ces trois fonctions de l'AQ). De fait, chacune des fonctions principales représente une constellation d'activités, comme il sera expliqué ci-dessous. Le triangle montre qu'au lieu d'une séquence d'étapes visant à commencer les activités d'AQ, il faut que toutes les fonctions principales aient lieu d'une manière équilibrée afin que la stratégie d'AQ soit efficace. Le plus grand impact sur la qualité des soins ne se produit que lorsque les trois fonctions sont mises en œuvre d'une manière coordonnée. Dans le cadre de ce *Compendium*, nous nous concentrerons sur les questions pertinentes à la mesure de la qualité.

Figure II.H.2.1. Les composantes principales.



@QAP/URC, 2001a.

Figure II.H.2.2. Les dimensions de la qualité.



Définir la qualité veut dire élaborer des exigences ou des normes en matière de qualité. Les normes peuvent être développées pour les intrants (*inputs*), les processus (*process*), ou les effets (*outcomes*) (les sorties [*outputs*] attendues, les résultats ou l'impact sur l'état de santé) ; elles peuvent être d'ordre clinique ou administratif. Les normes fixent le niveau de performance attendu d'un individu, d'un établissement ou d'un système de services de santé dans son ensemble. Une bonne norme est fiable, réaliste, valide, claire et mesurable. Des normes relatives à la qualité peuvent être élaborées pour chacune des neuf dimensions de la qualité illustrées dans la figure II.H.2.2. Ces dimensions recouvrent des caractéristiques généralement reconnues de la qualité des soins. Les normes relatives aux soins cliniques devraient être fondées sur la meilleure évidence scientifique qui soit disponible. La définition des normes de qualité comprend aussi la perception et les attentes des personnes et entités impliquées (y compris les clientes et la communauté) au niveau de la qualité.

S'il n'y a pas de normes, elles devront être conçues ou adaptées à partir des normes internationales. Même si les normes varient selon le contexte, les normes universellement acceptées constituent souvent un bon point de départ pour l'élaboration de normes locales. Quelquefois, même s'il y a des normes nationales, elles doivent être raffinées ou rendues opérationnelles pour l'usage local.

L'amélioration de la qualité. Cet aspect se sert de méthodes d'amélioration de la qualité (résolution de problèmes, élaboration ou réélaboration de processus) afin de réduire l'écart entre les niveaux de qualité présent et attendu (conformément aux normes). Cette définition centrale met en application des outils et des principes de gestion de la qualité dans le but : 1) d'identifier/de déterminer ce qui est à améliorer ; 2) d'analyser le système de soins ou le problème ; 3) d'élaborer une hypothèse sur quels changements (solutions) sont en mesure d'améliorer la qualité ; 4) de mettre à l'essai ou de mettre en œuvre les changements afin de voir s'ils apportent vraiment une amélioration ; et 5) sur la base des résultats des essais, de décider s'il faut abandonner, modifier ou mettre en application les changements (QAP/URC, 2001b).

Mesurer la qualité. Quantifier le niveau actuel de performance ou de conformité aux normes attendues. Ce processus exige d'identifier les indicateurs de performance, de collecter des données et d'analyser l'information. La mesure de la qualité est inextricablement liée

à la définition de la qualité, parce que les indicateurs servant à mesurer la qualité sont rattachés à la définition particulière ou à la norme de qualité étudiée. Lorsque des normes définissent la qualité, il faut, pour mesurer la qualité, évaluer le degré de conformité par rapport aux normes. Ainsi, il est plus facile de mesurer la qualité lorsqu'on a une définition claire ou une norme, parce que les indicateurs sont dérivés directement de l'expression des normes. De même, la mesure de la qualité mène directement à identifier quels domaines devraient être améliorés ou rehaussés. Quelques uns des éléments clés au niveau de cette mesure méritent qu'on s'y intéresse ; on en trouve les détails dans diverses publications (QAP/URC, 2000a et 2000b) :

- Si on commence à utiliser l'approche de l'AQ en mesurant la qualité, la portée de la mesure devrait être limitée à ce que le système est capable/veut améliorer (c.-à-d. qu'une amélioration objective de la qualité doit être définie).
- Il faut que l'équipe d'AQ soit réaliste en ce qui concerne les données qu'elle peut facilement collecter au niveau des locaux du centre ou au niveau du système dans son ensemble. Un simple système de suivi de la performance avec un nombre réduit d'indicateurs reliés à l'objectif d'amélioration est en général très efficace.
- Des stratégies de mesure, telles que des enquêtes spéciales, l'autoévaluation et les visites de supervision, doivent être conçues avec soin, de sorte que les entités impliquées contrôlent la qualité des soins à la fin (en général les prestataires) et soient en pleine possession du processus de l'amélioration de la qualité. L'équipe chargée d'effectuer les améliorations devrait participer pleinement à la définition des normes, à l'identification d'indicateurs et au développement d'une stratégie de mesure.

Dans cette section, nous nous concentrons sur la mesure de la qualité des services de santé néonatale et maternelle, tout particulièrement les soins obstétriques essentiels au niveau d'un établissement ou opérationnel. Ainsi, les indicateurs choisis à titre d'illustration sont fondés sur les normes existantes pour les soins du nouveau-né et les soins obstétriques essentiels et d'urgence (SOE) se rapportant aux nouveau-nés et à la maternité sans risque. Toutefois, même lorsque des normes nationales bien définies existent, il est parfois nécessaire de définir

de nouvelles normes (et de nouveaux indicateurs) particulières aux besoins de l'établissement et de la communauté desservie. De ce fait, les indicateurs utilisés pour mesurer la qualité pourront varier en fonction de chaque situation, sur la base des normes particulières utilisées et du niveau considéré dans le système (établissement, district, régional ou national) comme point d'intérêt de la mesure.

Les normes choisies à titre d'illustration et les indicateurs présentés dans cette section sont tirés de l'Initiative Latino-américaine sur la mortalité maternelle (LAMM). Cette initiative, mise en place en collaboration avec les ministères de la santé dans chacun des pays participants et avec l'Organisation de santé pan américaine (PAHO), vise à diminuer la mortalité maternelle en accroissant l'utilisation, la qualité et la disponibilité des services de santé maternelle dans 11 pays. Dans trois de ces pays (la Bolivie, l'Équateur et le Honduras), le Projet d'assurance de la qualité (PAQ) et les ONG sous-traitantes ont apporté leur assistance technique pour mesurer la qualité en se servant de l'approche de l'assurance de la qualité. Cette approche a accru la capacité des prestataires de services de santé et des établissements de détecter et de gérer les complications dans les services de soins du nouveau-né et obstétriques, tant au niveau de l'établissement que du district. Les résultats détaillés de ce travail se trouvent dans le *LAMM/Briefing*, de Askov, Legros et Camacho, 2001.

Les niveaux organisationnels des services de soins

Comme nous l'expliquerons ci-dessous, il faut, lors de l'élaboration d'indicateurs pour le suivi de la qualité des soins de santé maternelle, tenir compte des différents niveaux organisationnels au sein du système de services de santé (opérationnel/établissement, intermédiaire et stratégique). Les indicateurs pourront varier en fonction du niveau et des normes spécifiques choisies pour mesurer la qualité (QAP/URC, 2001c). Chaque fois que cela sera possible, l'équipe d'AQ devrait choisir des indicateurs qui utilisent des données disponibles, recueillies par le biais du système routinier d'informations sur la santé. On trouvera ci-dessous une description brève des niveaux organisationnels.

- **Le niveau opérationnel** – celui-ci se rapporte aux infrastructures médicales où se déroulent les processus affectant directement les utilisateurs et générant les données pour le suivi.

- **Le niveau intermédiaire** – celui-ci implique les décideurs qui ont une influence sur la qualité et la livraison des services de santé, tels que les chefs de départements, de section ou de service.
- **Le niveau stratégique** – celui-ci comprend les gestionnaires et décideurs politiques de haut niveau, aux niveaux local, provincial et national.

Le tableau II.H.2.2 décrit les différences entre ces niveaux.

Un système complet pour le suivi des services de santé néonatale et les soins obstétriques essentiels comprendra des indicateurs de processus (*process*), de sorties (*outputs*) et d'effets (*outcomes*) aux différents niveaux des services. Ces indicateurs devraient refléter les degrés de conformité aux meilleures normes cliniques disponibles fondées sur des preuves. La fréquence avec laquelle les indicateurs devraient être mesurés varie ; pour certains indicateurs, il faudra effectuer des mesures tous les mois ou tous les trimestres (la conformité aux normes relatives aux processus de soins) ; pour d'autres, les mesures pourront se faire moins souvent (les mesures d'effet, telle que le taux de mortalité maternelle pour une maladie particulière). Lorsque le nombre de cas est peu élevé, on peut regrouper les données issues de plusieurs centres dans une région donnée. En fixant ces données sur un schéma, les évaluateurs pourront suivre les tendances ou les schémas au niveau de la performance et de l'amélioration (le produit de cet exercice est un « *run chart* », en anglais)

Même si les indicateurs à titre d'illustration qui suivent sont particulièrement utiles au niveau d'un établissement ou d'un service, on pourra aussi en utiliser quelques uns pour des programmes de niveau national.

Tableau II.H.2.2. Les niveaux organisationnels

Niveau	Objective de suivi	Processus	Personnes impliquées
Niveau opérationnel	Faire le suivi des processus de prestation de services, des résultats et de la disponibilité des intrants (<i>inputs</i>)	L'accent est mis sur les processus ou les services individuels au niveau de l'établissement	Les équipes de gestion et d'amélioration qui examinent la qualité des processus au niveau de l'établissement
Niveau intermédiaire	Comparer les processus se déroulant au niveau opérationnel	L'accent est mis sur les résultats et les produits des processus ou des services combinés	Les chefs de département, de programme et de service au niveau du district
Niveau stratégique	Évaluer les résultats au niveau du système dans son ensemble, comparer les résultats aux objectifs, prendre des mesures concernant les différences (entre objectifs et résultats) et garantir la qualité du système dans son intégralité	L'accent est mis sur les résultats généraux du système et sur la stratégie à suivre afin de mieux atteindre les objectifs	Les gestionnaires aux plus hauts niveaux de l'organisation, aux niveaux national, régional ou local du gouvernement

Source : QAP/URC, 2001c.

LE POURCENTAGE DE NOUVEAU-NÉS RECEVANT DES SOINS IMMÉDIATS SELON LES DIRECTIVES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Définition

Le nombre de nouveau-nés, exprimé en termes de pourcentage, recevant immédiatement des soins conformément aux directives du Ministère de la santé.

La norme clinique pour les soins immédiats au nouveau-né inclut un examen physique avec (au moins) les éléments suivants :

- Les signes vitaux ;
- Le rythme cardiaque ;
- La respiration ;
- La température ;
- L'apparence générale (par ex., la couleur, les malformations, le niveau d'activité, le poids, la longueur, la circonférence de la tête) ;
- L'âge gestationnel ;
- Le score d'Apgar ; et
- D'autres interventions (par ex., des soins prophylactiques ophtalmiques, l'administration de vitamine K et l'écriture de l'histoire clinique du nouveau-né).

Le calcul de cet indicateur se fait comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de nouveau-nés nés dans le centre qui reçoivent des soins selon les directives cliniques du Ministère de la santé}}{\text{Le nombre de nouveau-nés nés dans le centre}} \times 100$$

Cet indicateur est calculé pour une période de référence particulière (par ex., pour chaque trimestre ou pour chaque année, selon la taille de l'établissement).

Les données nécessaires

Le nombre de nouveau-nés nés dans l'établissement au cours de la période de référence qui reçoivent des soins immédiats conformes aux directives du Ministère de la santé ; le nombre total de nouveau-nés nés dans l'établissement au cours de la période de référence.

Source(s) de données

Un examen des dossiers médicaux ; l'observation directe auprès des prestataires.

But et questions

Les soins immédiats du nouveau-né aident à déterminer si le bébé est en bonne santé ; s'il est dans un état ou a un problème nécessitant des soins urgents et rapides ; ou si le bébé est dans un état ou a une malformation nécessitant le transfert à un autre établissement ou un autre service.

Les soins immédiats apportés aux nouveau-nés contribuent à la réduction du nombre de complications néonatales, de séquelles et de décès.

Les médecins et les infirmières de tous les niveaux peuvent apprendre à donner les soins immédiats aux nouveau-nés.

Afin que le dossier du nouveau-né soit une source fiable de données, il faut que le personnel le remplisse régulièrement et correctement. Dans l'idéal, la fiche d'enregistrement précisera les normes, facilitera la représentation schématique et incitera à prendre les mesures adéquates.

Les directives relatives aux soins immédiats pourront aussi inclure des protocoles spécifiques pour identifier et traiter l'asphyxie, l'hypothermie ou l'hypoglycémie.

Un score bas pour cet indicateur devrait inciter à une ou des interventions visant à considérer les compétences et les connaissances des prestataires, l'organisation des soins, ou les deux. L'équipe sanitaire du district ou le superviseur de l'établissement pourra apporter son soutien au personnel de l'établissement pour l'encourager et s'assurer de sa conformité à cette norme importante. Les équipes pour l'amélioration de la qualité peuvent aussi aider l'établissement à déterminer les causes de difficultés observées au niveau de la conformité avec une norme, telle qu'elle est révélée par un indicateur.

LE TAUX DE MORTALITÉ PÉRINATALE AU NIVEAU D'UN ÉTABLISSEMENT**Définition**

Par mortalité périnatale, on entend l'ensemble de la mortinatalité (bébés nés morts après 22 semaines de gestation) et de la néomortalité (décès au cours des sept premiers jours de la vie). Cet indicateur, la mortalité périnatale au niveau d'un établissement, fournit une mesure de la mortalité périnatale au niveau des accouchements ayant eu lieu dans un seul établissement ou dans un réseau d'établissements.

Le calcul de cet indicateur pour une période donnée se fait comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de décès périnataux}}{\text{Le nombre de naissances}} \times 100$$

Les données nécessaires

Le nombre de décès périnataux et le nombre de naissances au cours d'une période donnée (par ex., 3 mois, 12 mois), dans un établissement donné ou un ensemble d'établissements.

Source(s) de données

L'examen des dossiers médicaux de l'établissement.

But et questions

Le taux de mortalité périnatale constitue un des indicateurs de santé essentiels, en ce qu'il est le reflet de la qualité des soins de santé maternelle et néonatale dans leur ensemble. Il dépend du statut socio-économique de la communauté, de l'accès aux services sanitaires et de la qualité de ces services de santé.

Plusieurs facteurs influencent le niveau de la mortalité périnatale, y compris l'efficacité d'un traitement pour un problème médical et des complications au cours de la grossesse, telles que le diabète et l'hypertension ; la disponibilité de soins spéciaux ou néonataux pour des nourrissons très malades ou nés prématurément ; l'existence d'établissements offrant le diagnostic de

malformations congénitales. La qualité des soins obstétricaux et pédiatriques disponibles et la politique de santé publique en vigueur auront aussi un effet sur le taux de mortalité périnatal.

Note : Le **taux de mortalité périnatale au niveau d'un établissement** reflète la qualité des soins offerts dans cet établissement ou dans un réseau de cliniques. Quant à son application au niveau d'une population, nous renvoyons les lecteurs à la Partie III.E.

LE POURCENTAGE D'ACCOUCHEMENTS AU COURS DESQUELS UN PARTOGRAMME A ÉTÉ CORRECTEMENT UTILISÉ

Définition

Le nombre d'accouchements ayant été suivis correctement à l'aide d'un partogramme, exprimé en pourcentage.

Un partogramme est un simple schéma que le personnel sanitaire peut utiliser pour effectuer le suivi du travail et identifier ses lacunes.

On en définit l'usage correct comme suit : (1) que le processus de suivi ne commence qu'une fois que la femme est entrée en travail et (2) que les paramètres essentiels, tels que la dilation du col de l'utérus cervicale, la descente de la tête du fœtus et les contractions utérines soient mesurés.

Le calcul de cet indicateur pour la période de référence se fait comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre d'accouchements suivis correctement à l'aide d'un partogramme}}{\text{Le nombre total d'accouchements}} \times 100$$

Les données nécessaires

Le nombre d'accouchements suivis à l'aide d'un partogramme ; les preuves d'un usage correct du partogramme ; le nombre d'accouchements dans un établissement au cours de la période de référence (par ex., 3 mois, 12 mois).

Source(s) de données

L'examen des dossiers médicaux ; l'observation directe effectuée par un superviseur ou un évaluateur externe (en ce qui concerne l'usage correct) ; et l'examen du partogramme.

But et questions

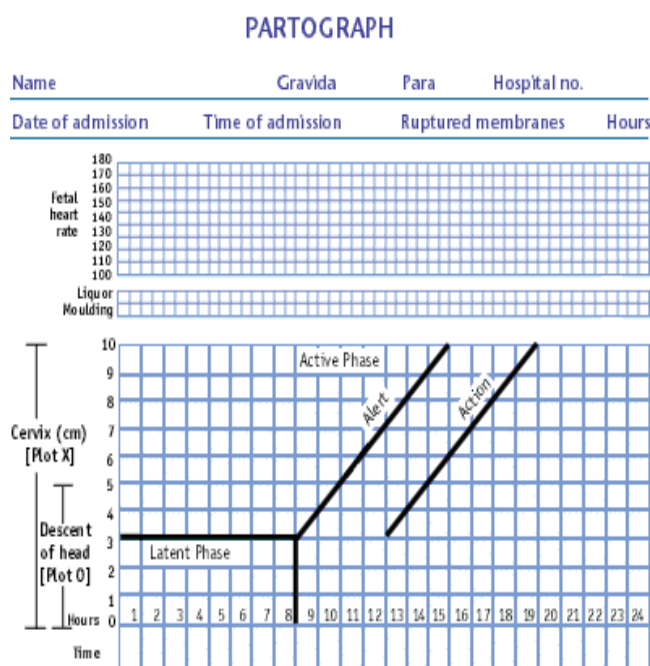
Le partogramme illustre la dynamique du travail au cours de la première étape de l'accouchement. Il permet d'enregistrer l'état du fœtus, le niveau d'avancement de l'accouchement et l'état de la mère. Il fournit aussi une représentation visuelle de l'avancement du travail

et avertit immédiatement le/la prestataire en cas de développements anormaux. De cette manière, le partogramme sert de « système d'avertissement précoce » visant à détecter le manque d'activité de l'utérus et/ou la disproportion céphalo-pelvienne menant à une obstruction du travail (OMS, 1991a).

S'il est correctement utilisé, le partogramme peut aider à diminuer la durée d'un travail prolongé et à en réduire les séquelles grâce à une référence effectuée plus tôt. Les sages-femmes, les médecins et les infirmières de tous niveaux peuvent apprendre à utiliser et à interpréter correctement les partogrammes. Ils contribueront ainsi à diminuer le nombre de cas de travail prolongé et de morbidité maternelle et périnatale (Schwarcz, Díaz et Nieto, 1990).

Un score bas pour cet indicateur pourrait être le signe d'un besoin accru d'interventions, telles que la formation sur les lieux du travail ou des ateliers de mise à jour pour le personnel.

Figure II.H.2.3 Partogramme.



Indicateur

LE POURCENTAGE D'ACCOUchemENTS POUR LESQUELS UN DOSSIER CLINIQUE PÉRINATAL A ÉTÉ CORRECTEMENT REMPLI

Définition

Le niveau d'attention porté par le personnel au maintien d'un dossier complet sur la mère et le bébé, depuis la période prénatale, jusqu'à 22 semaines post-partum.

On entend par dossier périnatal un ou plusieurs formulaires contenant des informations sur la mère et le nouveau-né à chaque contact (au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement et au cours de la période néonatale).

Le calcul de cet indicateur pour la période de référence se fait comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre d'accouchements dans un établissement pour lesquels un dossier clinique périnatal a été correctement rempli}}{\text{Le nombre d'accouchements se déroulant dans l'établissement}} \times 100$$

On déterminera la période de référence pour cet indicateur au niveau local, mais en général, il s'agit de 3 à 12 mois.

Les données nécessaires

Le nombre d'accouchements pour lesquels un dossier clinique périnatal a été rempli ; le nombre d'accouchements ayant eu lieu à l'établissement au cours de la période de référence.

Source(s) de données

Un examen des dossiers médicaux ; l'observation directe des prestataires.

But et questions

Un dossier clinique périnatal standardisé et correctement rempli est la clé de voûte de la qualité des services de santé maternelle. En effet, il incite les prestataires à se souvenir des normes relatives aux soins. En Amérique Latine, la plupart des Ministères de santé ont adapté le modèle d'un « dossier périnatal simplifié », tel que

celui mis en place par le « Centro Latinoamericano de Perinatalogia ». Ce dossier standard contient des sections pour les données personnelles, l'histoire obstétricale, les données concernant la grossesse, ainsi que l'accouchement, le nouveau-né et des informations sur le post-partum. Le dossier clinique contient des sections en jaune représentant des facteurs importants pouvant accroître le risque périnatal.

Le format et le contenu d'un dossier clinique périnatal pourront varier selon le pays, ou même à l'intérieur d'un même pays, si le Ministère de la santé n'a pas encore introduit de format standardisé. Quel que soient le format et le contenu choisis par l'établissement, les prestataires devraient utiliser et savoir comment remplir le dossier correctement pour chaque grossesse et chaque accouchement. Cet indicateur rend les administrateurs plus consciencieux de la nécessité d'un dossier clinique périnatal standardisé ou de la nécessité d'améliorer celui qui existe déjà.

Cet indicateur fournit une mesure du degré d'attention du personnel qui maintient des dossiers complets sur la mère et le bébé, depuis la période prénatale jusqu'à 22 semaines post-partum. Même si le personnel est responsable de maintenir les dossiers à jour pour toutes les femmes dans leur établissement clinique, il ne peut être tenu entièrement responsable dans le cas des femmes qui ne reviennent pas à l'établissement pour des soins post-partum. Cet indicateur fournit avant tout une mesure de la manière dont le personnel est conforme au maintien des dossiers. C'est en effet une fonction importante, qui améliore la continuité des soins.

LE POURCENTAGE DE MÈRES EXAMINÉES TOUTES LES 30 MINUTES AU COURS DES DEUX PREMIÈRES HEURES SUIVANT L'ACCOUCHEMENT

Définition

Le nombre de mères ayant récemment accouché qui ont reçu un examen standardisé toutes les 30 minutes suivant l'accouchement, pendant deux heures.

Le terme « examinées » renvoie à un ensemble d'examens standardisés : signes vitaux, saignements, état de l'utérus.

Cet indicateur se calcule comme suit, pour une période de référence donnée :

$$\frac{\text{Le nombre de mères examinées toutes les 30 minutes au cours des deux premières heures suivant l'accouchement}}{\text{Le nombre d'accouchements}} \times 100$$

Les données nécessaires

Le nombre de mères ayant récemment accouché recevant un examen standardisé toutes les 30 minutes après l'accouchement pendant les deux premières heures ; le nombre de femmes ayant accouché à l'établissement concerné au cours de la période de référence. Il faut que les examens soient effectués à temps (toutes les 30 minutes) pour être considérées valides.

Source(s) de données

Un examen des dossiers médicaux, l'observation directe effectuée par un superviseur ou un évaluateur externe.

But et questions

Une proportion importante des décès maternels se produit après l'accouchement. La cause la plus importante de ces décès est l'hémorragie, le plus souvent dans la période qui suit immédiatement l'accouchement (OMS, 1999a). Il s'ensuit donc que l'examen de routine des signes vitaux (tout particulièrement de la tension artérielle) pour vérifier si des saignements vaginaux se produisent et l'état de l'utérus au cours des deux premières heures après l'accouchement constitue une norme importante pour la qualité des soins. Cette norme aidera à détecter d'avance toute complication pouvant menacer la vie de la mère.

Si un dossier sur le post-partum est disponible et conçu selon les normes de santé, il rappellera aux prestataires qu'ils/elles doivent se conformer à la norme. Si un formulaire particulier n'est pas disponible, le fait de porter l'attention sur cette norme pourra être le début de l'élaboration d'un outil de travail spécifique.

Partie II.H.3

L'Intégration des Services

- ❑ Le pourcentage de clientes recevant plus d'un service en santé de la reproduction au cours d'une visite donnée

L'INTÉGRATION DES SERVICES

La troisième partie de ce Compendium présente des indicateurs servant à de multiples domaines de la santé de la reproduction. L'exposé de ces diverses sections pourrait porter à croire que les programmes en santé de la reproduction ne forment qu'une suite d'interventions verticales. Cependant, à cause de la Conférence du Caire et d'initiatives de réforme dans le domaine de la santé, nous avons pu être les témoins d'une intégration accrue des différents domaines de la santé de la reproduction dans les programmes mis en place sur le terrain dans des pays en voie de développement. Le concept d'intégration se rapporte directement à la « constellation de services » du cadre de Bruce/Jain sur la qualité des soins (Bruce, 1990).

Malgré la vague d'enthousiasme qui a déferlé en faveur de l'intégration, il est surprenant que si peu ait été fait pour évaluer dans quelle mesure elle s'est réellement produite. Les gestionnaires de programme et les évaluateurs ont plutôt tendance à évaluer les résultats de programme sur la base de données pour chaque domaine pris séparément.

Il y a certains domaines au niveau de la santé de la reproduction qui sont naturellement reliés à d'autres. Par exemple, la promotion de l'allaitement au sein va de pair avec la promotion de la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (AL). Les programmes pour les adolescents font souvent la promotion des préservatifs comme étant le meilleur choix pour éviter à la fois d'être enceinte et d'attraper des infections sexuellement transmissibles. Les visites prénatales offrent aussi une occasion de conseiller les femmes sur les questions de nutrition et de compléments micronutritifs. Les cliniques de planification familiale, les centres de traitement des IST et les soins prénatals sont des occasions de voir si les femmes sont sujettes à la violence familiale.

Les services ne « s'intègrent » pas tous aussi facilement que l'on pourrait espérer. Dans les premiers temps de l'épidémie du SIDA, beaucoup de personnes ont pris

pour acquis que les services de planification familiale pourraient facilement être étendus pour inclure la promotion des préservatifs pour prévenir des IST. Après tout, ces deux services s'adressaient à des populations d'adultes sexuellement actifs, et tous les deux offraient une « solution » commune : le préservatif. Les efforts visant à intégrer les services de planification familiale et à traiter des IST se poursuivent. Sur le terrain, on se rend cependant compte, maintenant, du défi pour combiner ces services. (En effet, les programmes de planification familiale desservent plutôt des femmes mariées, alors que les activités de prévention du VIH mettent l'accent sur les travailleuses du sexe, les conducteurs de camion et d'autres groupes à haut risque. Le préservatif est la seule méthode viable pour la prévention du VIH pour les adultes sexuellement actifs ; et pourtant, il est moins accepté parmi les adultes mariés ou en union que d'autres méthodes de contraception.)

Une des approches pour évaluer l'intégration consiste à observer des interactions entre clientes et prestataires dans le but de déterminer dans quelle mesure les prestataires de services parlent de plus d'un service de SR au cours d'une seule visite. De même, on pourra déterminer dans quelle mesure les clientes d'un service (par ex., la planification familiale) bénéficient du conseil ou de services d'un autre service (par ex., la prévention du VIH/SIDA). On pourra aussi évaluer dans quelle mesure le centre est « disposé à fournir des services intégrés », à travers des audits cliniques de l'équipement et des fournitures ou de la formation du personnel dans plusieurs domaines.

La Fédération internationale pour la planification familiale pour la région de l'hémisphère de l'ouest (« *International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region, Inc.* ») a mis en place un module d'autoévaluation sur « l'intégration des services pour les IST/le VIH/le SIDA aux programmes de santé sexuelle et de la reproduction » (IPPF/WHR, 2000a). Même si le module ne fournit pas une description des indicateurs

de l'intégration comme telle, les évaluateurs pourront utiliser la liste des « normes minimales d'intégration » (module 2, page 3), pour élaborer leurs indicateurs. Cette ressource comprend un questionnaire à utiliser pour la collecte des données sur ce sujet.

Dans la plupart des sections de ce *Compendium*, nous avons cherché à présenter des indicateurs mis à l'essai dans le cadre de programmes existant sur le terrain et qui se sont avérées être des sources d'informations utiles. Trop peu de programmes suivent de façon systématique l'intégration et la présentent dans leurs rapports. Cependant, étant donnée l'importance de l'intégration dans le domaine en évolution constante qu'est la santé de la reproduction, nous avons choisi de présenter un indicateur de base pour l'intégration et de noter ensuite, sous la forme d'une liste dans l'encadré II.H.3.1, une série d'indicateurs à titre d'illustration. Les indicateurs de l'encadré II.H.3.1 se rapportent à l'intégration de la planification familiale et les services pour les IST (on pourrait cependant aussi considérer le même ensemble d'indicateurs au niveau des clientes qui viennent pour des soins prénatals).

LE POURCENTAGE DE CLIENTES RECEVANT PLUS D'UN SERVICE EN SANTÉ DE LA REPRODUCTION AU COURS D'UNE VISITE DONNÉE

Définition

Les clientes recevant plusieurs services au cours d'une seule et même visite.

Le terme de « service de SR » renvoie aux domaines définis dans la troisième partie de ce *Compendium*, à savoir la planification familiale, les IST/le VIH/le SIDA, la maternité sans risque, les soins du nouveau-né, les services de SR pour les adolescents, les soins après avortement, l'allaitement au sein, la nutrition, l'excision génitale féminine et la violence faite aux femmes.

Par « une visite donnée », on entend généralement une visite à la clinique en un jour donné.

Le calcul de cet indicateur se fait comme suit :

$$\frac{\text{Le nombre de clientes recevant plus d'un service de SR lors d'une seule visite}}{\text{Le nombre total de clientes}} \times 100$$

Les données nécessaires

Les réponses à une liste de contrôle (résultat de l'observation), les données concernant les services reçus (les dossiers des clientes) et/ou des entretiens à la sortie auprès des clientes.

Source(s) de données

L'observation de l'interaction entre prestataires et clientes, les dossiers des clientes (s'ils sont fiables), les entretiens à la sortie auprès des clientes.

But et questions

En le considérant comme une mesure de remplacement brute pour l'intégration des services dans un établissement de services de SR, on pourra noter le pourcentage de clientes pour un type de service donné (par ex., la planification familiale) recevant un deuxième type de service au cours de la même visite (par ex., un service de counseling et/ou un traitement pour les IST).

L'avantage de cette approche est qu'elle permet de faire comprendre au personnel à quel point il est important de fournir des services intégrés.

Il convient cependant de lancer plusieurs avertissements. En effet, ce ne sont pas toutes les clientes qui souhaitent ou ont besoin de plusieurs services pendant une journée spécifique. Il faudrait éviter de « punir » un point de prestation de services pour n'avoir offert aux clientes que l'unique service qu'elles souhaitaient. De plus, il est certes facile d'obtenir les données nécessaires à la construction de cet indicateur en se servant d'une liste de contrôle pour l'observation ou par le biais d'entretiens à la sortie, mais une telle collecte de données nécessite une étude spéciale. La collecte de données routinière effectuée par un établissement de santé publique ne permettra pas nécessairement d'effectuer un suivi fiable pour cet indicateur. Ou alors, elle ne fera que créer une charge d'enregistrement supplémentaire pour le personnel clinique.

Il y a de fortes chances que la communauté se préoccupe de l'évaluation élaborée et peaufinée des indicateurs d'intégration, surtout étant donnée la valeur accordée à l'intégration des programmes de santé de la reproduction et aux éventuels avantages qu'en retireront les clientes.

Cet indicateur et la question du genre

Les programmes verticaux qui ont tendance à compartimenter des services, tels que la planification familiale, le diagnostic et le traitement des IST, les soins prénatals, les services de nutrition, entre autres, ne reconnaissent pas la nature holistique des besoins des femmes en matière de santé qui sont interreliés. L'intégration des services de santé a été l'un des buts principaux du mouvement international pour la réforme de la santé ainsi que du plan d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement visant à améliorer l'équité entre les sexes et la santé en matière de reproduction. Dans la mesure où les services de santé peuvent répondre aux besoins multiples des femmes au niveau d'un même site et/ou au cours d'une même visite, on peut dire que le système répond au besoin des femmes en vue de promouvoir un accès accru aux services de santé et à l'ensemble de ses besoins en matière de santé ainsi que ceux de ces enfants. Aussi, en principe, l'intégration des services reconnaît le temps d'une femme à sa juste valeur en permettant « une seule halte » pour un ensemble de besoins en matière de santé. Il faudrait aussi voir si les services sont organisés de telle manière à la faire gagner du temps, ainsi qu'examiner dans leur ensemble la qualité et l'étendue des services offerts.

Encadré II.H.3.1 Des indicateurs à titre d'illustration sur l'intégration : Les services en matière de planification familiale et d'IST

- Le pourcentage de nouvelles clientes en PF¹ avec qui le/la prestataire parle des IST et/ou du VIH/SIDA (qu'il s'agisse de la prévention, de la transmission, des symptômes ou des attitudes liées à la recherche des soins de santé, entre autres) ;
- Le pourcentage de nouvelles clientes en PF avec qui le/la prestataire parle du double avantage du préservatif (servant à éviter à la fois la grossesse et les infections) ;
- Le pourcentage de nouvelles clientes en PF qui sont testées à l'oral concernant les IST (un test oral divisé de sorte à comprendre des questions relatives au comportement à risque, aux symptômes et au passé de la cliente ou de son partenaire en matière d'IST) ;
- Le pourcentage de nouvelles clientes en PF recevant un examen physique (dans le but de détecter une IST ou dans d'autres buts) ;
- Le pourcentage de nouvelles clientes en PF ayant reçu le diagnostic d'un syndrome d'IST ;
- Le pourcentage de nouvelles clientes en PF ayant reçu le diagnostic d'un syndrome d'IST et soignées correctement, conformément à l'algorithme recommandé ou référée à une clinique pour d'IST si cela s'applique ;
- Le pourcentage de nouvelles clientes en PF recevant leur traitement sur place (comparativement à celles qui ont été référées ailleurs) ; et
- Le pourcentage de clientes en PF ayant reçu le diagnostic d'une IST et à qui il a été demandé d'amener leur partenaire pour un diagnostic d'IST et une séance de counseling.

³ D'aucuns avanceront que ces indicateurs sur l'intégration ne devraient pas s'appliquer qu'aux nouvelles clientes en PF, mais plutôt à toutes les clientes en PF. Les nouvelles clientes participent généralement à une séance de counseling ou à un autre type d'échange d'informations, alors que le counseling est souvent absent au moment des visites de réapprovisionnement. Nous avons donc choisi de nous limiter, pour ces indicateurs, aux **nouvelles** clientes en PF. Dans les pays où tant les nouvelles clientes que celles qui reviennent pour une autre visite participent à des séances d'information/de counseling, on pourra laisser de côté la restriction et inclure toutes les clientes en PF.

Partie II.H.4

L'Équité Entre les Sexes et la Sensibilité aux Questions de Genre

- L'équité entre les sexes dans le contexte organisationnel
- La sensibilité au genre au niveau du contexte de la prestation de services

L'ÉQUITÉ ENTRE LES SEXES ET LA SENSIBILITÉ AUX QUESTIONS DE GENRE

Les programmes de santé de la reproduction opèrent dans le cadre de la culture d'une société donnée ; cette culture comporte aussi parfois des inégalités entre les sexes. Alors que les programmes de PF/SR ne permettent pas de rétablir l'équilibre au niveau macro, ils peuvent promouvoir l'équité entre les sexes dans des domaines sur lesquels ils ont un certain contrôle. En effet, il arrivera que le fait de réduire les obstacles reliés au genre sur le chemin vers un meilleur niveau de santé en matière de reproduction, œuvre en synergie avec d'autres activités de développement en vue d'accroître l'équité entre les sexes (Yinger et al., 2001).

Cette section du *Compendium* souligne les questions de genre dans le contexte organisationnel. On ne prétend pas essayer de saisir les inégalités entre les sexes profondément enracinées dans la plupart des pays du monde. (Voir la Deuxième partie, section A). La section ne répond pas non plus aux questions de discrimination sur la base du genre existant sous la forme de conséquences dommageables, telles que la violence faite aux femmes (voir la Troisième partie, section K), l'avortement sur la base du sexe de l'enfant, ou l'infanticide des filles. Plutôt, les deux ensembles d'indicateurs présentés dans cette section répondent aux questions suivantes :

- (1) L'organisation est-elle libre de tout biais de genre au niveau de sa structure de gestion ? Est-ce que l'organisation favorise activement l'équité entre les sexes au niveau des ses opérations de routine ?
- (2) Est-ce que le contexte de la prestation de services est libre de tout biais sur la base du genre envers les clientes ? Est-ce que la clinique favorise l'équité entre les sexes dans la manière dont elle offre ses services ?

Les deux ensembles d'indicateurs (celui relatif à l'équité entre les sexes dans le contexte organisationnel et celui relatif à la sensibilité au genre dans le contexte de la prestation de services) s'inspirent principalement de

deux sources : le rapport du *Inter-Agency Gender Working Group* (Yinger et al., 2001) et le *Manual to Evaluate Quality of Care from a Gender Perspective* (IPPF/WHR, 2000b). À partir du rapport de Yinger et al. (2001), nous avons adapté plusieurs rubriques de la liste des « obstacles liés au genre entravant l'atteinte des objectifs de SR », tels qu'identifiés dans l'annexe du rapport. Du manuel de l'IPPF/WHR, nous avons choisi et/ou adapté un certain nombre d'indicateurs tirés de l'Annexe 8. Bref, la liste ci-dessous représente un effort pour combiner de bonnes idées venant de deux sources crédibles en une liste pratique d'indicateurs permettant d'évaluer l'équité entre les sexes dans un contexte organisationnel. En tant que tel, cet « instrument » n'a pas encore été mis à l'essai sous cette forme, même si des éléments isolés ont été utilisés sur le terrain. Nous avons inclus ces deux ensembles de mesures relatives aux questions de genre dans le but d'inciter à effectuer d'autres essais et à élaborer d'autres indicateurs dans ce domaine.

Il y a trois manières dont les organisations pourront faire usage des indicateurs relatifs au genre. Premièrement, elles pourront étudier ces indicateurs dans le cadre de leurs efforts courants en vue du suivi de leurs services. Deuxièmement, elles pourront mettre en place une évaluation externe de l'organisation sur la base de ces indicateurs. Cette évaluation devra être menée par un expert dans le domaine des programmes de santé de la reproduction ainsi que dans le domaine des questions de genre. Troisièmement, elles pourront employer ces indicateurs comme un outil d'autoévaluation pour une étude spéciale en vue d'examiner leur propre niveau en matière d'équité entre les sexes et de sensibilité au genre sur les lieux du travail.

L'ÉQUITÉ ENTRE LES SEXES DANS LE CONTEXTE ORGANISATIONNEL**Définition**

Par « équité entre les sexes », on entend un traitement équitable des femmes et des hommes. Dans le but de s'assurer de cette équité, des mesures ont été adoptées dans certaines sociétés afin de compenser les désavantages historiques et sociaux qui empêchent les femmes et les hommes d'opérer plutôt « d'égal à égal ». Les stratégies de parité entre les sexes devraient permettre à un moment donné de parvenir à l'égalité entre les sexes. L'équité est le moyen, l'égalité est le résultat (Inter-Agency Gender Working Group, 2000).

Les données nécessaires

Les scores attribués aux rubriques choisies dans la liste d'indicateurs inclus dans l'encadré II.H.4.1.

Source(s) de données

L'évaluation externe effectuée par un expert en comportement organisationnel, aux questions liées au genre et en programmes de santé de la reproduction. Peut-être aussi une autoévaluation effectuée par la direction, sur la base de normes internationales, modifiées en fonction du contexte local.

But et questions

Cet ensemble d'indicateurs est présenté sous la forme d'une liste de laquelle les évaluateurs pourront tirer ceux qui s'appliquent le plus à un contexte de travail donné. (On pourra élargir cet ensemble pour y inclure d'autres éléments d'un intérêt particulier pour l'organisation concernée.) L'IPPF/WHR (2000b) recommande que l'équipe d'évaluation inclut (entre autres) un/une spécialiste local des questions de genre. La question d'équité entre les sexes est délicate, et le processus pour son évaluation peut acquérir une dimension très politisée. C'est pourquoi il faut que l'organisation choisisse un évaluateur compétent, qui est perçu comme étant objectif. Il est important que l'évaluation se déroule dans un climat d'impartialité, si on veut que les résultats soient valides.

Encadré II.H.4.1 La liste d'indicateurs :
L'équité entre les sexes dans le contexte organisationnel

- Le pourcentage de postes de gestion tenus par des femmes ;
- Le salaire moyen des hommes comparé à celui des femmes dans des postes de gestion semblables ;
- Les défenseurs de la santé des femmes sont représentés au niveau du Comité directeur ;
- La participation des femmes à la conceptualisation et à la conception des projets ;
- L'existence d'un énoncé de politique interdisant de manière explicite toute discrimination fondée sur le genre en ce qui concerne les politiques d'embauche, des promotions et de rétention, ainsi qu'en ce qui concerne les salaires et les avantages sociaux ;
- Les procédures de supervision sont semblables pour le personnel masculin et le personnel féminin (à rang égal) ;
- Le pourcentage d'employé(e)s (y compris les superviseurs des programmes de service et les réceptionnistes) ayant suivi une formation dans le domaine de la sensibilité au genre ;
- L'élimination de tout biais ouvertement sexiste au niveau des normes et directives de l'organisation ;
- L'existence de politiques ou de directives écrites interdisant le harcèlement sexuel des employé(e)s ;
- L'engagement (prouvé par des interventions claires) de l'organisation au niveau de :
 - La participation des femmes (aux activités du projet) ;
 - Des droits humains (plaidoyer pour défendre des causes particulières) ;
 - L'augmentation du pouvoir d'action (par ex., par des tentatives de transformer les normes de la communauté en ce qui concerne la mobilité des femmes) ;
 - L'équité (par ex., en développant des systèmes de microcrédit) ;
- La désagrégation des données de programme par sexe (là où cela s'applique) ;
- Une répartition égale des opportunités de formation et de développement professionnel entre les hommes et les femmes ; et
- Une protection égale pour les hommes et pour les femmes au niveau des politiques de l'organisation en ce qui concerne les droits de la cliente au respect de la vie privée, au consentement éclairé, à la confidentialité et à la prestation de services de haute qualité.

LA SENSIBILITÉ AU GENRE AU NIVEAU DU CONTEXTE DE LA PRESTATION DE SERVICES

Définition

L'expression « sensibilité au genre » renvoie à la manière dont les prestataires de services traitent les clients, hommes ou femmes, dans le cadre des locaux de prestation de services, ce qui affecte la volonté des clients de rechercher les services, de continuer à utiliser les services et de démontrer des comportements en matière de santé tels que suggérés par les services. Cet indicateur fournit aussi une mesure de certains aspects des services (par ex., dans le cas de la planification familiale, mesurer si toute la gamme des produits pour les hommes est offerte autant que les méthodes pour les femmes).

Les données nécessaires

Les scores issus des éléments sélectionnés à partir de la liste d'indicateurs dans l'encadré II.H.4.2.

Source(s) de données

Une évaluation externe effectuée par un expert dans le domaine du comportement organisationnel, des questions de genre et des programmes de santé de la reproduction. Peut-être aussi une autoévaluation effectuée par la direction, sur la base de normes internationales, modifiées en fonction du contexte local.

But et questions

Cet ensemble d'indicateurs est présenté sous la forme d'une liste à partir de laquelle les évaluateurs pourront choisir ceux qui s'appliquent le mieux à un contexte de prestation de services donné. On pourra élargir cette liste pour y inclure d'autres éléments d'intérêt dans le contexte local.

Il faut, pour considérer qu'un établissement de prestation de services fasse preuve de sensibilité au genre, qu'il adhère aux principes du choix éclairé, du libre choix et d'une approche non ciblée, des caractéristiques que l'on ne trouverait pas forcément si le statut des femmes est inférieur dans la localité concernée. Une approche

de sensibilité au genre a beaucoup en commun avec l'approche de la qualité des soins. On ne peut pas considérer qu'un programme est sensible au genre si autant les hommes que les femmes ne reçoivent pas des informations complètes et ne peuvent pas participer pleinement à la prise de décisions en ce qui concerne les soins reçus et le traitement. De nombreuses femmes cherchent des occasions d'impliquer leur compagnon dans le counseling et les décisions concernant l'utilisation des contraceptifs, ainsi que la santé de la reproduction et des enfants. De même, de nombreux hommes souhaiteraient participer aux séances de counseling en SR ainsi qu'aux décisions concernant la santé de la reproduction et des enfants, mais ils se sont sentis exclus de ce domaine.

Encadré II.H.4.2 Liste d'indicateurs

Un contexte de prestation de services sensible aux questions de genre

- Des services disponibles pour les adolescent(e)s, les femmes célibataires, les veuves, les homosexuels ;
- L'absence d'obligation pour les clientes de recevoir la permission de leur mari ou de leur belle-mère (dans le cas de femmes mariées), ou de leurs parents (dans le cas des adolescentes) ;
- Des préservatifs sont disponibles tant aux femmes qu'aux hommes ;
- Le pourcentage de prestataires dans la formation sanitaire qui sont des femmes ;
- Une gamme étendue de services est disponible quel que soit le sexe du prestataire (par ex., des médecins hommes fournissant des DIU à des clientes) ;
- Le pourcentage de médecins qui sont des femmes ;
- Des médecins femmes sont disponibles pour les femmes qui préfèrent être traitées par elles ;
- L'attitude envers les clientes ne mène pas à la stigmatisation (par ex., s'il s'agit de femmes non mariées ayant des IST, d'homosexuels, de travailleurs du sexe, de clientes en soins après avortement, d'adolescentes) ;
- Le nombre de fois que les femmes sont référées à des programmes qui augmentent leur pouvoir d'action (par ex., des programmes relatifs à l'alphabétisation, la création de revenus, le microcrédit, la violence domestique) ;
- Le pourcentage du personnel (y compris les superviseurs de programmes relatifs aux services) recevant une formation sur la sensibilité aux questions de genre ;
- L'utilisation de protocoles prenant en compte les questions de genre lors des consultations (par ex., utilisant des termes non discriminatoires, promouvant la communication dans les deux sens, une attention égale portée aux femmes lors des séances de counseling aux couples) ;
- Le pourcentage d'établissements qui, avec la permission de la cliente, incitent les hommes à visiter/participer (venir avec leur compagne, obtenir des informations ou obtenir des services) ;
- Un traitement égal (par ex., au niveau du temps d'attente, la courtoisie, le respect de la vie privée, les informations données) ;
- Éviter les stéréotypes liés au genre dans le matériel de CCC ;
- Le pourcentage d'établissements qui sont « ouverts aux hommes » :
 - Les heures d'ouverture conviennent aux hommes ;
 - Le personnel est réceptif aux hommes dans la clinique ; et
 - Les matériels (les affiches, les pamphlets) à l'attention des hommes sont visibles et disponibles ;
- Le pourcentage de prestataires de service formés pour détecter la violence faite aux femmes, en parler et référer les clientes à des services (en PF) qui s'occupent de ce problème ;
- Les prestataires décrivent la stérilisation des hommes et des femmes comme étant autant souhaitable pour les uns que pour les autres, lorsque cela est adéquat (PF seulement) ;
- Les services mettent l'accent sur les effets de santé TANT pour l'enfant que pour la femme (services de maternité sans risque).

MEASURE Evaluation
Carolina Population Center
The University of North Carolina at Chapel Hill
CB 8120, 206 W. Franklin St.
Chapel Hill, NC 27516 USA
www.cpc.unc.edu/measure

MS-02-06a-fr



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE