

Indicateurs de Base pour le Suivi et l'Évaluation des Programmes Relatifs au DIU

Introduction

Il existe toute une gamme d'indicateurs, et on choisit ceux à utiliser en fonction du but visé, de la disponibilité des données et du budget.

La première chose à faire consiste à sélectionner un petit nombre d'indicateurs potentiels, parmi la grande quantité qui existe, en se concentrant sur ceux qui ont du sens pour le programme en question et qui peuvent être facilement obtenus et compris.

En surveillant l'évolution de son programme, le responsable est en mesure de déterminer là où la performance est excellente, là où elle est adéquate et là où elle est inadéquate. En retour, cette information peut servir à cibler les domaines qui gagneraient à être améliorés et à allouer stratégiquement les ressources de manière à rehausser la performance au niveau du programme. L'amélioration des services revêt une importance fondamentale pour atteindre l'objectif du programme, à savoir accroître à terme tant l'accès au DIU que la qualité de son utilisation.

On peut mesurer les progrès réalisés en notant les améliorations dans les domaines ci-après : 1) connaissances et attitudes ; 2) accès ; 3) prestation des services ; 4) prévalence de l'emploi de la méthode ; et 5) qualité. La présente section discute quelques indicateurs précis des progrès qui peuvent être enregistrés par les programmes et elle propose des définitions, des sources de données, la fréquence de l'établissement de rapports et la façon d'analyser chaque indicateur.

Indicateurs d'accès

Deux indicateurs d'accès sont recommandés. Le premier concerne le nombre et la catégorie de prestataires formés à la pose du DIU. Tous les prestataires qui ont suivi le cours de formation prescrit par le programme doivent être considérés « formés ». Par « catégorie de prestataires », on entend la formation professionnelle suivie : s'agit-il d'un médecin, d'une infirmière ou d'une infirmière auxiliaire ? Dans la mesure du possible, on recommande aussi aux programmes de noter la part des prestataires qui ont suivi à la fois une formation théorique et une formation pratique/appliquée (par comparaison avec ceux qui ont abandonné en cours de route) ainsi que la part des prestataires qui ont suivi la formation jusqu'au bout et qui ont ensuite procédé à la pose de DIU dans les délais précisés (par exemple au cours des six mois suivant la formation).

Le deuxième indicateur concerne le nombre, le type et la localisation des établissements où les femmes peuvent se faire poser un DIU. Par « type d'établissements », on entend distinguer les hôpitaux, les cliniques en milieu urbain, les postes sanitaires en milieu rural, etc. Il convient aussi de noter les éventuelles modalités de la fourniture de DIU, en indiquant par exemple si l'insertion est faite consécutivement à un avortement, etc. La « localisation » se rapporte aux zones géographiques dans lesquelles un programme est divisé.

C'est dans les rapports sur les cours de formation que l'on peut le plus facilement recueillir ces données, lesquelles doivent être mises à jours après chaque cours. Le responsable doit garder la trace des prestataires qui ont été formés. L'analyse doit se concentrer sur le pourcentage d'établissements, classés par type et par région, qui ont au moins un prestataire dûment formé. Le suivi doit s'intéresser aux progrès qui ont été réalisés pour mettre le DIU à la disposition des clientes dans tous les établissements appropriés, dans toutes les régions.

En outre, on peut mesurer l'accès en prenant note du nombre et de la part des établissements sanitaires dans une région donnée qui ont procédé à la pose d'au moins un DIU au cours de la dernière période de référence (par exemple au cours des trois ou six derniers mois).

Indicateurs de mesure des sorties des services¹

En ce qui concerne les programmes relatifs au DIU, cette indicateur a trait au nombre d'insertions qui ont été pratiquées. Il faut recueillir cet indicateur par catégorie de prestataires, par région et par modalité de la prestation des services. On recommande de définir le mot « insertion » au sens large, c'est-à-dire sans faire de distinction entre la pose d'un premier DIU et une nouvelle insertion.

Les données relatives au nombre d'insertions doivent être le point de départ de l'évaluation périodique des facteurs qui affectent le degré de performance relative. Par exemple, certaines régions ou certains établissements peuvent se caractériser par un faible niveau de performance parce qu'ils desservent des populations de petite taille ou des groupes où la demande de services de planification familiale est faible, alors que dans d'autres régions ou établissements le faible niveau de performance peut être dû au manque de motivation des prestataires. Il faut chercher à améliorer les unités ou les régions dont la performance est faible relativement à d'autres (par exemple lorsqu'on

¹ Note au lecteur : la terminologie autour des concepts des indicateurs de mesure dans le domaine de la santé publique, étant toujours nouvelle, n'est pas encore stabilisée en français. Dans ce document, pour traduire le term anglais « output indicator », nous avons utilisé « indicateur de mesure des sorties des services » qui est tiré du *Manuel d'indicateurs pour l'évaluation des programmes de planification familiale* publié par le programme MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, Université de la Caroline du Nord. Le lecteur peut bien trouver différentes manières de traduire les divers types d'indicateurs de mesure. Pour les termes INPUTS, PROCESS, OUTPUTS et IMPACT, par exemple, on trouve : entrées (ou intrants), processus, sorties (ou extrants) et effet. Les termes « intrants » et « extrants », qui sont utilisés par le gouvernement du Canada, parmi d'autres entités, sont donc des synonymes pour entrées et sorties. (Voir, par exemple, le site Web suivant : <http://www.phac-aspc.gc.ca/vs-sb/secteurbenevole/publications/impacts/resume.html>).

compare la performance d'un hôpital à un autre du même type ou quand on tient compte des ressources disponibles ou des résultats obtenus (sorties) dans l'ensemble en matière de planification familiale).

On mesure les améliorations survenues à l'aune du changement au niveau des sorties (résultats) au fil du temps dans la même région ou dans le même établissement. Il n'est pas nécessaire d'examiner les indicateurs plus de deux fois par an, mais il faut les comparer au même moment et pour la même période de temps (comparer, par exemple, le premier trimestre de l'année en cours au premier trimestre de l'année précédente) afin de déterminer si les résultats sont vraiment meilleurs. Il y a lieu aussi de suivre les changements observés en ce qui concerne le nombre annuel d'insertions pratiquées de façon à mesurer les progrès réalisés quant à l'accroissement du recours au DIU.

Indicateurs de prévalence de l'utilisation du DIU

La prévalence de l'utilisation du DIU est un indicateur qui récapitule le recours à cette méthode au sein d'une population donnée. On la calcule en divisant le nombre d'utilisatrices du DIU par le nombre de toutes les femmes en âge de procréer, dans un pays ou une région donnés. De même, on fait souvent un calcul secondaire : celui de la part des utilisatrices du DIU parmi toutes les utilisatrices de la planification familiale. C'est par le biais d'enquêtes, et non par le biais des statistiques classiques recueillies par les programmes, que l'on obtient des données sur la prévalence de la contraception. La plupart des pays effectuent régulièrement des enquêtes sur la santé de la reproduction, ou alors ils se servent des données tirées des Enquêtes démographiques et de santé (EDS), parrainées par l'USAID.

Les informations sur le recours au DIU qui ressortent des enquêtes précisent non seulement l'emploi de cette méthode par région et par secteur (secteur privé, ONG, secteur public), mais souvent aussi en fonction de facteurs pertinents pour les programmes locaux. Les enquêtes font ressortir l'évolution de l'emploi du DIU au fil du temps, par secteur, et comparativement à d'autres méthodes. Les informations ainsi recueillies permettent surtout de montrer au responsable du programme le degré auquel les objectifs nationaux sont atteints.

Indicateurs de la qualité

Quand on parle de « qualité », on veut savoir si le service approprié a été assuré et s'il l'a été dans de bonnes conditions. La prestation de services de qualité est un objectif de base. Au nombre des indicateurs de la qualité que l'on peut dégager sans avoir à effectuer spécialement des études complexes figurent les taux de perforation liée au DIU, d'expulsion du DIU et d'infections. De temps à autre, on peut se procurer ces informations par le biais de statistiques ordinaires relatives à la prestation des services. Quand ce n'est pas le cas, le responsable du programme pourrait envisager de mener une brève enquête dans un échantillon de points de prestation de services. L'enquête peut se limiter à faire remplir un court formulaire au prestataire à chaque fois qu'il raconte l'une des complications susmentionnées. Les prestataires doivent continuer à remplir ces formulaires pendant une période de temps déterminée afin que soient recueillies suffisamment d'observations pour produire une analyse fiable.

Les données recueillies peuvent servir de base à l'établissement de comparaisons entre diverses catégories de prestataires, entre diverses régions ou à partir d'autres caractéristiques pertinentes. On a ensuite une meilleure idée des activités supplémentaires à entreprendre en matière de formation ou d'amélioration de la qualité dans des unités ou des établissements précis. Il ne faut pas recueillir plus d'une fois par an les données sur la qualité des services parce que l'observation trop fréquente des changements n'est pas un paramètre constructif. En outre, s'il faut faire une étude spéciale, les ressources nécessaires feront probablement défaut la plupart du temps.