

Session 1401 : Evaluation of Population Interventions

L'évaluation de programmes de population : les indicateurs de suivi et évaluation

Richard Dackam Ngatchou, 1317.

Introduction

La mise en œuvre des programmes de population nécessite des prises de décisions depuis sa conception jusqu'à son évaluation. La prise de décision pour un programme spécifique s'appuie sur un système d'information conçu pour faciliter la gestion de ce programme. Le système d'information est défini ici comme étant un ensemble de personnes, de procédure et de ressources qui recueillent, transforment et diffusent l'information dans une organisation aux fins de gestion d'un programme. Il peut s'agir d'un système de production de rapport (système d'information de gestion qui fournit des rapports prédéfinis, des écrans de sorties, ainsi que des rapports périodiques, d'exception ou à la demande), d'un système d'information pour dirigeants (Système d'information qui fournit de l'information stratégique adaptée aux besoins des cadres dirigeants) ou d'un système d'aide à la décision (système d'information qui utilise des modèles décisionnels, une base de données et les idées personnelles d'un décideur lors d'un processus ad hoc et interactif de modélisation analytique pour que le décideur prenne une décision particulière). Le système d'information de gestion des programmes de population devrait fournir à la demande les indicateurs nécessaires au suivi et à l'évaluation des programmes. L'indicateur est l'information qui récapitule au mieux une situation. Il renseigne sur une situation ou un événement complexes. Un indicateur est "une variable permettant de mesurer la perturbation occasionnée par une opération effectuée dans une situation et au cours d'une période donnée". Les indicateurs peuvent être classés en deux grandes catégories : les indicateurs de l'état de la population, et les indicateurs de suivi et évaluation des programmes population. Les indicateurs de l'état de la population décrivent le contexte avant et après l'intervention ; ils permettent de décrire les caractéristiques des populations étudiées, mais aussi de faire la prédiction de problèmes de population.

Les Indicateurs de suivi et évaluation du programme : i) indiquent à quoi reconnaître le succès, ii) aident à affiner et à préciser les objectifs, iii) aident à vérifier que les résultats attendus ont été obtenus, iv) aident à suivre les progrès accomplis et à prendre les mesures correctives qui s'imposeraient, v) fournissent une base objective d'évaluation, vi) démontrent l'atteinte des résultats (activités, produits, objectifs), mais ils n'en constituent pas la condition nécessaire de réalisation, vii) rendent plus précise la formulation des objectifs immédiats. Les indicateurs de mesure des résultats sont identifiés et validés en fonction de critères généralement acceptés, tels que les critères SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et défini dans le temps)¹.

En Afrique, on a constaté des difficultés à produire dans des délais raisonnables des données adéquates pour l'élaboration des indicateurs² de conception, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des programmes de développement économique et social.

¹ OCDE/CAD : Évaluer la coopération pour le développement : Récapitulatif des normes et standards de référence, Deuxième édition, OCDE/CAD, www.oecd.org/dac/evaluation.

² L'indicateur dans ce document est une variable utilisée pour mesurer les changements ; c'est une donnée observable qui permet d'appréhender les dimensions, la présence ou l'absence de tel attribut dans la réalité étudiée ; c'est aussi un instrument d'évaluation pouvant mesurer un résultat. Un résultat est tout changement descriptible ou mesurable amené par une relation de cause à effet. Les résultats sont aussi les efforts réalisés vers l'atteinte des

S'appuyant sur quelques observations concrètes la communication porte sur :

- L'élaboration des indicateurs opérationnels à partir d'un cadre conceptuel ou théorie de programme.
- L'utilisation des indicateurs obtenus par les méthodes indirectes pour le suivi : avoir un indicateur quantitatif ne signifie pas nécessairement que vous avez un bon indicateur
- L'utilisation des indices agrégés pour améliorer la performance d'un programme : mesurer ne conduit pas nécessairement à une action appropriée.
- Les leçons apprises en guise de conclusion et
- en annexe les caractéristiques des indicateurs de critères d'évaluation (DAC/OCDE).

1) L'élaboration des indicateurs opérationnels à partir d'un cadre conceptuel ou théorie de programme.

Du cadre conceptuel au cadre opérationnel

« Il s'agit d'identifier pour chacun des concepts retenus, un ou plusieurs équivalents empiriques, qui constituent en quelques sortes la traduction, dans le langage de l'observation, des constructions abstraites de l'esprit » (Claire Durand et André Blais, 2010)³

Le cadre conceptuel traduit les divers concepts d'un cadre théorique en objet/champ d'intervention c'est-à-dire, ce sur quoi on va intervenir. L'objet/champ d'intervention est défini par une ou plusieurs variables que le programme ou le projet va chercher à modifier pour obtenir les changements escomptés. Le cadre opérationnel est indispensable pour définir des stratégies de mise en œuvre. Par exemple quand on traite du concept accès, il y a plusieurs équivalents empiriques. L'accès aux services de santé par exemple concerne les perceptions et l'expérience de la population au sujet de la facilité d'entrer en contact avec les services de santé ou les installations de santé en matière de localisation, de temps, de coûts, des disponibilités des produits de santé, et de l'accueil. L'accessibilité des services de santé porte sur les aspects de la structure des services de santé ou des installations de santé qui favorisent la capacité de la population à entrer en contact avec le personnel de la santé, en matière de localisation, de temps, du coût et de l'accueil.

Dans le langage de l'observation accès aux services de santé peut être traduit par une des variables opérationnelles suivantes :

- Capacité des patients/des prestataires à accéder aux services
- Disponibilité des services
- Diversité des services
- Regroupement des services
- Actualité, élimination des barrières injustifiées – géographiques,
- financières et culturelles/linguistiques (incluant l'abordabilité, l'acceptabilité et l'hébergement)

objectifs du programme, ils sont mesurés par les indicateurs d'effort. Ils aident à mesurer le niveau ou les variations de l'état de la population, dans un domaine donné (santé, éducation, emploi, statut de la femme, etc.).

³ Claire Durand et André Blais, 2010 : « *La mesure* » In Recherche Sociale : De la problématique à la collecte de données, 5^e Edition, sous la direction de Benoit Gauthier, Presse Universitaire du Québec, 2010, pp227-250.

- Par exemple, les télésoins à domicile
- Participation des patients et des soignants
- Autogestion des patients
- Accès des patients à leur information

Un des objectifs récurrents dans les programmes de promotion de la femme dans de nombreux pays est « l'amélioration du statut de la femme ». On peut traduire ce concept en plusieurs équivalents empiriques ou variables opérationnelles :

- Statut économique (, niveau de revenus ...)
- Statut familial (chef de ménage monoparental, épouse de polygame ...)
- Statut dans l'emploi (indépendante, employée, aide familiale, femme au foyer, en chômage ...)
- Rôles sociaux (communautaire, générationnels, relation de genre ...)
- Éducation (scolarisation, analphabétisme ...)
- Qualification (profession, niveau de responsabilité.)
- Pouvoir de décision (national, régional, local familial ...)

Pour être opérationnel, le contenu de chaque boîte du cadre conceptuel doit être précisé pour permettre à chaque partie prenante de l'institution de donner la même définition aux différents concepts et de permettre ainsi, les analyses inter pays. L'indicateur qui est la mesure de chaque concept est des outils qui guident l'observation et l'analyse en clarifiant le contenu mesurable du concept, car, ce qui est mesuré est réalisable "What gets measured, gets done", Peter Drucker complète en disant que ce qui est mesuré est gérable. "What gets measured, gets managed",

"I often say that when you can measure what you are speaking about, and express it in numbers, you know something about it; but when you cannot express it in numbers, your knowledge is of a meagre and unsatisfactory kind; it may be the beginning of knowledge, but you have scarcely, in your thoughts, advanced to the stage of science, whatever the matter may be⁴".

Le concept définit de façon observable, c'est-à-dire traduit en variables opérationnelles permettent de préciser les variables que le programme ou le projet va chercher à modifier pour obtenir les changements souhaités dans la population. La partie narrative définit les stratégies qui vont aboutir aux changements souhaités. On pourrait aussi passer directement aux indicateurs du concept qui décrivent directement les changements escomptés.

Le cadre opérationnel est comme une chaîne de résultat, il décrit en termes concrets ce qui doit être fait pour apporter le changement escompté. Les variables opérationnelles sont souvent celles que les initiateurs du programme peuvent transformer conformément à leur mission et mandat.

Dans le cadre conceptuel, la population est autre chose que l'unité statistique d'observation définie ci-dessus se rapporte plutôt au domaine de population : Domaine d'intervention qui traite

⁴ William Thomson, the Scottish physicist also known as Lord Kelvin. According to the Encyclopaedia of Occupational Health and Safety, by Jeanne Mager Stellman (page 1992), Kelvin said in his May 3, 1883, lecture on "Electrical Units of Measurement" (Popular Lectures, Vol. 1, page 73). <http://athinkingperson.com/2012/12/02/who-said-what-gets-measured-gets-managed/>

des « questions liées non seulement à la structure et la dynamique des variables démographiques, mais aussi et surtout à celles liées aux interrelations entre ces variables démographiques et les autres variables du développement ». (Ruzibiza, Kane, 2000). Si aucune mention n'est donnée population est utilisée par la suite dans le sens de domaine de population.

1.2.1 Entre l'idéal et le possible

Le défi du développement d'indicateurs consiste à relier un concept théorique à une observation pouvant être produite par un système d'information. Qu'il soit question de pauvreté, de monoparentalité, de consommation de médicaments, de stress ou d'espérance de vie en bonne santé, l'indicateur sera toujours une représentation imagée du concept (Lazarsfeld, 1970). Il faut spécifier, en indiquer les éléments, les manifestations, les dimensions (Grawitz, 1984). Ainsi, la pauvreté est d'abord un concept intuitivement perçu; elle peut être économique certes, mais aussi culturelle, relative à un milieu, à une époque, à la perception de privation... La plupart du temps les indicateurs de pauvreté reflètent un des aspects majeurs du concept soit l'insuffisance du revenu.

Ce type de réduction est une caractéristique intrinsèque de l'indicateur; l'analyse et l'interprétation doivent toujours en tenir compte. À cela s'ajoutent les limites et les possibilités des systèmes d'information «populationnels», sanitaires ou institutionnels. Ces banques d'information n'ont pas toujours été développées en fonction de l'établissement de profil de l'état de santé et du bien-être et de son suivi dans le temps. Leur utilisation à ces fins est tributaire de certaines exigences, dont la nécessité d'obtenir des ventilations régionales et des séquences temporelles. Toutes les banques d'information n'offrent pas ces possibilités, ce qui constitue des contraintes pour le développement d'indicateurs. Dans bien des cas, ces exigences conduiront à améliorer la qualité des données, à diversifier ou à accroître l'information déjà existante.

D'après C. Durand et A. Blais (2010), « le passage de théorie à la vérification exige que l'on mesure des concepts au moyen d'indicateurs, ce qui demande d'établir un pont entre l'univers de l'abstraction et l'univers de l'observation et de la mesure. Les conclusions d'une recherche dépendent étroitement des décisions qui ont été prises à l'étape du choix des indicateurs. Ces conclusions ne tiennent qu'en autant que ces données empiriques (les indicateurs) reflètent adéquatement les constructions théoriques avancées (les concepts) »⁵. Ainsi, l'indicateur se définit par rapport à un concept. La mesure est le processus qui permet de passer des concepts abstraits à des indicateurs concrets. Du point de vue de ces auteurs, la fonction de l'indicateur est de permettre de traduire le plus fidèlement possible, dans l'univers empirique, le concept que l'on désire mesurer et seulement ce concept.

Le concept chômage reste abstrait tant que l'on ne précise pas l'indicateur qui permet de le mesurer : proportion de personnes sans emploi, proportion de personnes à la recherche d'un emploi, ou proportion de personnes disponibles pour travailler sont autant d'indicateurs possibles du concept chômage. On peut aussi construire un seul indicateur en combinant les trois variables de ce concept. La mesure se fait si et seulement si le concept est clairement défini.

Deux critères sont habituellement utilisés pour apprécier la qualité de la mesure : la fidélité et la validité.

⁵ Claire Durant et André Blais (2009) : « *La mesure*, in *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* », 5^e Édition, sous la direction de Benoit Gauthier, Presse de l'Université du Québec, Québec, Canada.

L'indicateur mesure le concept ou une dimension du concept. Chaque mesure faite sur la même unité d'observation devrait donner dans les mêmes conditions d'observation, un résultat identique. Dans ce cas, on dit que l'indicateur est fidèle. Les concepts associés à la fidélité de l'indicateur sont : la stabilité, l'équivalence, la précision, la non-contamination, la pertinence et la neutralité.

Dans le contexte de la Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), 42 pays d'Afrique subsaharienne ont élaboré une feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales en 2005. Le cadre opérationnel de tous les pays comprend des services de qualité dans trois domaines prioritaires d'interventions qui permettraient d'accélérer l'atteinte de l'OMD 5 : i) les soins obstétricaux et néonataux d'urgence ; ii) les soins obstétricaux et néonataux essentiels, à savoir les consultations pré et postnatales et les accouchements assistés par un personnel de santé qualifié ; iii) la planification familiale. Outre la mesure de la mortalité maternelle se pose le problème de mesure de la qualité de services.

Le cadre conceptuel de la qualité de soins.

La qualité de soins décrit la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment. En prenant en compte les procédures et ses services rendus, la qualité comporte des aspects interdépendants : techniques, organisationnels et relationnels. Les critères de qualité suivants permettent de conclure sur les soins sont : efficaces, adéquats, sécurisés, efficaces, équitables, accessibles, continus. Et si les préférences, les attentes, les besoins et les valeurs du patient sont respectés. Ces critères de qualité montrent le caractère multidimensionnel de la qualité de soins,

En général, on définit les indicateurs pour chaque dimension de la qualité en les combinant pour avoir un seul indicateur du concept de base (la qualité de soins par exemple). L'approche la plus utilisée et celle des scores agrégés. Les scores agrégés vont dépendre essentiellement des poids des différents indicateurs. Comme les résultats sont sensibles au schéma de pondération. Il est nécessaire de justifier les poids attachés à chaque dimension du concept de base (la qualité de soins).

Un bon exemple de concept à plusieurs dimensions est celui de la qualité de soins. Le bref rappel sur le cadre conceptuel de la qualité de soins est l'occasion ici d'analyser tous les problèmes que soulève la mesure d'un concept à plusieurs dimensions, notamment, en ce qui concerne sa mesure, son interprétation et son utilisation. La qualité de soins étant une finalité des programmes de santé, il est nécessaire d'en définir le cadre conceptuel.

Dans un programme de planification familiale⁶, par exemple, la qualité des services est mesurée à partir des variables opérationnelles suivantes définies pour chaque dimension de la qualité de services PF.

Tableau 1 : Dimension de la qualité et variables opérationnelles

Dimension de la qualité des services de PF	Les variables opérationnelles qui seront mesurées
a) L'interaction prestataires-clientes,	<ul style="list-style-type: none"> • la satisfaction chez la cliente • la durée de la consultation

⁶ http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnace481.pdf

	<ul style="list-style-type: none"> le pourcentage de clientes qui ont reçu l'information souhaitée.
b) les barrières à la contraception,	<ul style="list-style-type: none"> Bilans paracliniques préliminaires Préjugés des prestataires
c) le choix de la méthode contraceptive	<ul style="list-style-type: none"> Méthodes recommandées selon les objectifs de la cliente Le choix de la cliente
d) Les informations et conseils donnés aux clientes	<ul style="list-style-type: none"> l'information relative aux questions spontanément abordées par les prestataires au cours de la consultation avec les clientes, l'information donnée aux clientes par les prestataires sur la nouvelle méthode acceptée, l'information retenue sur la méthode acceptée par les clientes.
e) La compétence technique des prestataires	<ul style="list-style-type: none"> le respect des protocoles, le respect des mesures d'asepsie lors de l'examen pelvien, de l'application du DIU, des injectables et des implants Norplant® la connaissance théorique.
f) les mécanismes pour encourager la continuité	<ul style="list-style-type: none"> La méthode contraceptive choisie par la cliente est obtenue le jour de visite, En cas de non-disponibilité, la cliente est référée vers une autre structure pour recevoir la méthode contraceptive préférée La date de la prochaine visite est mentionnée à toutes les clientes de PF Le même point de prestation de service est, le lieu de réapprovisionnement est indiqué, pour toutes les clientes Pour les nouvelles acceptantes, un cycle de pilule est généralement donné ce qui est conforme aux normes du programme. Le suivi à domicile est une préoccupation pour les responsables.

On observe que pour la qualité des services de PF, chaque dimension de la qualité ne peut être mesurée que par un indicateur agrégé. L'identification des points concrets d'actions sont difficile à identifier si on n'a pas accès aux métadonnées.

Un indicateur unique de la qualité de soins ne peut être finalement qu'un indice complexe, qui donne une indication sur le phénomène étudié. Il donne une information synthétique significative sur la qualité de service. Par ailleurs, pour le suivi et l'évaluation d'un tel programme, il est nécessaire de connaître la situation de départ pour chaque dimension, environnement politique, offre de service, les extrants de service, demande de service, utilisation de services, la pratique contraceptive et le niveau de fécondité.

Pour pouvoir apprécier dans une période raisonnable l'évolution de chaque dimension. Une bonne sélection des indicateurs pertinents pourraient permettre de rendre compte des diverses situations. Malheureusement, les sources de données telles que l'Enquête démographiques et de santé (EDS), le Multiple indicators cluster survey (MISC) ne permettent pas de rendre compte de la qualité de soins et les statistiques des systèmes d'information sont sous-exploitées ou ne sont pas exploitées.

Que faire ?

2. L'utilisation des indicateurs obtenus par les méthodes indirectes⁷ pour le suivi : avoir un indicateur quantitatif ne signifie pas nécessairement que vous avez un bon indicateur

La mesure indirecte de la mortalité infantile.

⁷ Masquelier, Bruno (2010). Estimation de la mortalité adulte en Afrique subsaharienne à partir de la survie des proches : apports de la microsimulation. Prom. : Tabutin, Dominique (2010), Université catholique de Louvain Centre de recherche en démographie et sociétés, Louvain-la-Neuve, 490 p.

Le problème d'adéquation de la méthode se pose également pour l'usage des méthodes indirectes de mesure de la mortalité infantile ou adulte.

La méthode indirecte permet d'estimer la mortalité des enfants de moins de cinq ans, à partir des données sur le nombre moyen d'enfants nés vivants et le nombre moyen d'enfants survivants, classée par groupe d'âges quinquennaux des mères (William Brass, 1964)⁸ ou par durée de mariage des mères (Sullivan, 1972). Les proportions d'enfants décédés sont transformées en mesures conventionnelles de la mortalité reflétant l'expérience moyenne de générations récentes. Les proportions d'enfants décédés par groupes d'âge ou par durée de mariage des mères permettent d'évaluer les quotients de mortalité entre la naissance et certains âges des enfants.

Brass⁹ a montré que la probabilité de décéder entre la naissance et l'âge « a » (notée $q(a)$) peut être estimée par $q(a) = M(x, 5) * D(x, 5)$ où $D(x, 5)$ se rapporte à la proportion des enfants décédés issus des femmes du groupe d'âge $(x, x+5)$ et $M(x, 5)$ est un facteur multiplicateur lié au groupe d'âge, qui dépend de la structure par groupe d'âge de la fécondité (Brass et al, 1968). Par la suite, Sullivan (1972) a calculé une autre série de multiplicateurs, par régression à partir de courbes de fécondité observées et des tables de mortalité de Coale et Demeny. Enfin, Trussell (1975) a calculé une troisième série par le même procédé, mais en utilisant les modèles de fécondité mis au point par Coale et Trussell (1974). Feeney (1976) a examiné les effets d'une modification de la mortalité sur l'estimation de la mortalité comme indice du niveau, dans une famille de tables logits à un paramètre. Toutes ces méthodes sont basées sur les mêmes relations théoriques, mais les multiplicateurs sont différents parce que les données qui ont servi à les calculer sont différentes.

Par des simulations, on a développé des équations de régression qui relient les multiplicateurs $M(x, 5)$ aux taux de fécondité par âge. Neuf ensembles séparés d'équations de régression ont été estimés ; les cinq premiers pour chacun des modèles des Nations Unies (Palloni et Heligman, 1985) et les quatre derniers pour chacun des modèles de Coale et de Demeny (les régressions de Trussell, Nations Unies, 1983).

Les hypothèses sous-jacentes à ces méthodes sont : i) la fécondité restée récemment constante, ii) la mortalité n'a pas changé dans un passé récent, iii) le risque de décès d'un enfant dépend uniquement de son âge et non d'autres facteurs tels que l'âge de sa mère, son rang de naissance, iv) la méthode fondée sur la durée de mariage admet l'hypothèse que les femmes, une fois mariées, le restent jusqu'à 50 ans.

Ces hypothèses sont difficiles à admettre aujourd'hui dans la plupart de pays africains. On observe en effet, le début de la transition démographique en Afrique, caractérisée par une baisse continue de la fécondité et de la mortalité. Par ailleurs, les enfants nés de mères jeunes sont exposés à des risques plus élevés que la moyenne. Par conséquent, les hypothèses qui justifiaient l'application de ces méthodes avant les années 1980 ne sont plus acceptables. L'utilisation de ces méthodes à ce début du XXIe siècle, perpétue l'idée d'une Afrique formée des pays à statistiques imparfaites, où on continuera à utiliser les techniques propres uniquement au pays du tiers monde ou au pays sous-développé.

Par un deuxième ensemble de simulations, des équations de régression ont été également développées, à partir du même ensemble de variables indépendantes, qui estiment la période de référence à laquelle ces valeurs de $q(a)$ se réfèrent. Ces équations de régression permettent d'estimer les quotients de mortalité infantile ($q(0,1)$) ($q(1,4)$) et l'espérance de vie à la naissance correspondant à chaque modèle de tables

⁸ William Brass (1964) : Utilisation des données de recensements et des enquêtes pour l'estimation des taux de natalité et de mortalité, E/CN.14/CAS.4/VS7, document préparé pour le Cycle d'études sur les statistiques de l'état civil, Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, Addis Abeba, 14-19 décembre 1964.

⁹ William Brass (1964) : Methods for estimating fertility and mortality from limited and defective data, Chapel Hill, North Carolina, Carolina Population Center, Laboratories for population statistic, 1975.

types de mortalité pour les deux sexes combinés. Toutes ces méthodes sont basées sur les mêmes relations théoriques, mais les multiplicateurs sont différents parce que les données qui ont servi à les calculer sont différentes. Le choix de modèle de mortalité (Nations Unies ou Coale et Demeny) et la période de référence de la mesure se situent entre 2 et 3 ans avant l'enquête.

Tableau 2 : Quotient de mortalité infantile obtenu dans un recensement effectué en octobre 2013
(Équations de Trussell)

Date de référence	Groupe d'âge de la mère	Ouest	Nord	Est	Sud
Feb 2012	15 - 20	0.038	0.036	0.041	0.036
Sep 2010	20 - 25	0.039	0.035	0.042	0.040
Oct 2008	25 - 30	0.039	0.035	0.042	0.042
Oct 2006	30 - 35	0.043	0.039	0.048	0.048
Aug 2004	35 - 40	0.047	0.042	0.052	0.054
Mar 2002	40 - 45	0.051	0.044	0.058	0.059
Jun 1999	45 - 50	0.058	0.05	0.067	0.069

Tableau 1 : Quotient de mortalité infantile obtenu dans un recensement effectué en octobre 2013
(Équations de Palloni-Heligman)

Date de référence	Groupe d'âge de la mère	Am. Latin	Chilean	Sud. Asiatique	Far East	General
Jul 2012	15 - 20	0.027	0.031	0.027	0.029	0.028
Nov 2010	20 - 25	0.039	0.041	0.040	0.039	0.039
Mar 2009	25 - 30	0.053	0.054	0.053	0.052	0.052
Jul 2007	30 - 35	0.076	0.076	0.077	0.075	0.075
Nov 2005	35 - 40	0.088	0.086	0.088	0.086	0.087
Sep 2003	40 - 45	0.069	0.069	0.071	0.069	0.069
May 2000	45 - 50	0.102	0.101	0.102	0.102	0.102

Les estimations basées sur les déclarations des femmes de 15 à 19 ans sont généralement laissées de côté parce que les enfants nés vivants et décédés sont peu nombreux à ces âges. En ce rapportant à la date de référence de la mesure on constate que la mortalité infantile ainsi mesurée, porte sur la période d'au moins trois ans avant la date du dénombrement. Comme la mortalité infantile est très sensible à la conjoncture socioéconomique, une telle mesure n'est pas pertinente, pour mesurer l'effet d'un programme au moment opportun qui de notre point de vue doit se situer au plus un an à la fin d'un programme.

Le problème du choix du standard

La structure par âge de la mortalité a beaucoup changé depuis les années 1980 quand on construisait les tables types des Nations Unies et a fortiori depuis les années 1960 quand on construisait celles de Coale et Demeny. On parle de la transition épidémiologique y compris l'avènement du VIH/Sida et même de la transition en santé. Il n'est plus réaliste de déduire la mortalité adulte de la mortalité infantile et juvénile en les ajustant sur les anciennes tables types (Nations Unies 1983, Coale et Demeny 1968). Suite à une comparaison des estimations de l'ONU et de l'OMS, B. Masquelier constate : *il est frappant d'observer l'ampleur des divergences entre les estimations des deux agences qui pourtant partent des mêmes*

probabilités de survie des enfants. Il ne s'agit pas de différences minimes, puisqu'on trouve même des estimations qui diffèrent de plus de 40%. Le fait que les écarts entre ces estimations se concentrent autour de 40% indique que les divergences entre les deux séries d'estimations sont systématiques. C'est le choix des tables de mortalité (les modèles Nord ou le modèle Sud de Princeton) qui sont les principales sources de divergences entre les estimations de l'ONU et de l'OMS. De nombreuses incertitudes entourent encore l'estimation de ces mortalités adultes élevées, qui restent souvent appréhendées par le biais de la mortalité des enfants et de schémas de mortalité standards, auxquels on vient ajouter ensuite les décès causés par le VIH-sida. Les niveaux de mortalité estimés de la sorte sont encore largement déterminés par des options méthodologiques qui sont parfois difficiles à justifier¹⁰.

Les tables types faites par le réseau observatoires de populations (INDEPTH Network) ont abouti à une série de tables non représentatives des populations des pays africains, car elles ont été construites sur les données de laboratoire de population.

Conclusion

Le principe bonne gouvernance des programmes ou des statistiques exige que l'on utilise les données de bonne qualité pour calculer les indicateurs de suivi ou d'évaluation des programmes. Pour ces indicateurs un effort doit être fait pour utiliser les mêmes techniques de collecte de données et de mesure que dans les pays « développés ». Les compétences existent partout en Afrique, il reste à faire le plaidoyer pour un réel engagement national pour le renforcement du système national statistique.

Les autres méthodes indirectes fondées sur les applications de la théorie des populations stables (ou quasi stables), suppose une constance approximative du niveau de la fécondité pendant une période suffisamment longue, ne s'appliquent pas au niveau infranational, justement du fait perturbateur des migrations internes. Si cette hypothèse n'est pas vérifiée, l'on se voit contraint de renoncer à l'application de ces méthodes - au moins sous leur forme présente.

Il convient de souligner que les méthodes indirectes pour estimer la mortalité des enfants de moins de cinq ans, ajuste les données observées sur les tables types de mortalité obsolètes qui décrivent la mortalité dans la période avant 1980 (tables de Coale et Demeny, nouvelles tables types des Nations Unies).

Seules les bonnes statistiques de routines de services de santé, les bonnes statistiques d'un bon système d'état civil ou une enquête longitudinale peuvent donner les mesures pertinentes de mortalités infantiles pour évaluer l'impact du programme.

La mesure de la mortalité maternelle.

La mort maternelle est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais, ni accidentelle, ni fortuite. (CIM-10).

Depuis les conférences de Nairobi (1988) et de Niamey (1989) sur la mortalité sans risque plusieurs programmes avaient pour but la réduction de 50% au moins du niveau de mortalité maternelle observée en 1990. Mais, au terme de la décennie, c'est-à-dire au début du XXI^e siècle, on n'a pas pu mesurer

¹⁰ Masquelier, Bruno (2010). Estimation de la mortalité adulte en Afrique subsaharienne à partir de la survie des proches : apports de la microsimulation. Prom. : Tabutin, Dominique (2010), Université catholique de Louvain, Centre de recherche en démographie et sociétés, Louvain-la-Neuve, 490 p.

l'impact des programmes de réduction de la mortalité maternelle à cause de la difficulté à mesurer l'indicateur objectivement vérifiable du but que l'on s'était fixé dans ces programmes.

Les principales questions que l'on se pose (en matière de collecte et analyse de données) au moment de la conception des programmes de réduction de la mortalité maternelle sont : comment évaluer les effets ou l'impact de ces programmes ? Quels sont les différents éléments à prendre en compte dans une telle évaluation ? Quelles méthodes de collecte de données sont indiquées pour le suivi et l'évaluation d'un programme de réduction de la mortalité maternelle ?

Les feuilles de route pour les programmes nationaux de réduction de la mortalité maternelle, élaborés dans le cadre la Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), se sont fixé en général deux objectifs à atteindre dont un au niveau de la population et l'autre au niveau de services de santé : i) réduction de la mortalité maternelle de moitié entre 1990 et 2000 ; ii) Accès universel par toutes les femmes enceintes aux soins de santé prénatale, iii) tous les accouchements sont assistés par un personnel formé et iv) mise en place de système de référence recours pour les grossesses à haut risque. Pour la réduction de la mortalité maternelle, les indicateurs de suivi et évaluation de l'impact des interventions étaient : le ratio (appelé par convention taux) de mortalité maternelle, la proportion de femmes enceintes ayant été reçus au moins une fois lors des visites prénatales par un personnel de santé formé et la proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé formé.

La théorie de l'évaluation montre que l'on peut évaluer un tel programme de réduction de la mortalité maternelle. En effet, le cadre conceptuel du processus de la vie génésique qui peut aboutir à un décès maternel comporte cinq éléments principaux : i) les femmes fécondes en âges de procréation, ii) les femmes enceintes : Celles-ci ont passé le filtre des programmes de prévention de naissance, iii) les femmes présentant des symptômes précoces de facteurs de risque qui n'ont pas bénéficié des soins prénataux, iv) les femmes présentant des complications de grossesse n'ont pas profité des programmes IEC, ni d'une détection précoce des facteurs de risque, ni d'un bon système de référence recours, v) les femmes à très haut risque au moment de l'accouchement qui ont besoin de services obstétricaux d'urgence. Ces femmes peuvent être sauvées d'une mort certaine ou peuvent décéder.

Cette chaîne de processus qui conduit au décès maternel permet d'identifier les indicateurs de processus suivants : le taux de prévalence contraceptive, la proportion de femmes enceintes qui ont fait de visites prénatales, les femmes à risque référées dans le système de soins obstétricaux de base, et autres indicateurs d'accès aux services, de qualités de soins, de taux de morbidité chez les femmes enceintes, la proportion des femmes ayant bénéficié de soins de santé de qualité au cours de la grossesse, de l'accouchement et au cours de la période du post-partum sont des indicateurs pour la plupart accessibles. Par contre les indicateurs d'impact à savoir : le pourcentage de femmes à haut risque, sauvées d'une mort certaine, la proportion des femmes reçues dans les services de santé qui n'ont pas pu être sauvées, le taux de mortalité maternelle.

Faut-il utiliser les indicateurs d'impact ou se concentrer sur les indicateurs de processus y compris les indicateurs du rendement des programmes ? Autour de ces indicateurs s'opposent deux écoles.

i) Si la théorie du programme est convaincante, on peut sans trop se tromper utiliser les pouvoirs prédictifs des indicateurs du processus pour en déduire une amélioration probable des indicateurs d'impact. La théorie du programme est souvent résumée dans les schémas d'analyse qui décrivent le chemin de la mort maternelle. Ce genre de schéma par souci de clarté ne rend pas compte de toutes les dimensions d'un programme de maternité à moindre risque (ou mortalité sans risque).

Le schéma explicatif du modèle de trois retards¹¹ distingue 2 étapes essentielles i) amélioration de la disponibilité et la qualité des soins : ii) amélioration du traitement des complications. Ces deux étapes devraient conduire à la réduction de la mortalité maternelle. Comme il a été dit précédemment, ce schéma simplifié ne permet pas de distinguer les composantes de la première étape qui comporte au moins cinq éléments à améliorer : disponibilité des médicaments et des fournitures, installations et équipements, compétences du personnel, disponibilité du personnel et disponibilité du sang à la banque de sang. Si le schéma d'analyse n'est pas complet comme il est souvent le cas, on ne pourra pas identifier les indicateurs de suivi et évaluation ayant les meilleures valeurs prédictives du niveau de mortalité maternelle réduit à cause de l'intervention. Les indicateurs du processus permettent de surveiller la contribution du programme à la réduction de la mortalité maternelle. La collecte de données quantitatives et qualitatives sur l'utilisation de service au cours du processus est fondamentale pour avoir les informations à temps indispensables pour lutter contre les complications.

ii) La deuxième école admet tout simplement qu'on doit mesurer la mortalité maternelle parce la variable dépendante sur laquelle devrait agir en dernier ressort toutes les interventions du programme. Pour avoir été retenu comme l'un des indicateurs de réalisation des objectifs des grandes conférences internationales (PA/CIPD, sommet de l'enfance notamment), le taux de mortalité maternelle est très sollicité par les bailleurs de fonds de programmes nationaux ; cet indicateur est très sensible aux inégalités sociales c'est un très bon indicateur du niveau de développement économique et social ; il est aussi un révélateur des conditions féminines et notamment de l'accès des femmes aux soins de santé.

Les statistiques des services de santé ou celles d'état civil peuvent fournir des données pertinentes pour la mesure de la mortalité maternelle à savoir : l'effectif de décès maternels et le nombre d'enfants nés vivants survenus au cours d'une année. Malheureusement, du fait de la mauvaise qualité du système d'information sanitaire et la faible couverture des décès par le système d'état civil, ces deux sources de données utilisées dans les autres régions du monde (Europe, Amérique du Nord, Australie, Amérique Latine et de nombreux pays asiatiques) pour la mesure de la mortalité maternelle, cèdent la place en Afrique aux enquêtes et recensement largement utilisés pour estimer le ratio de mortalité maternelle.

Dans le recensement de la population, on dénombre les décès maternels survenus dans les ménages au cours des 12 derniers mois ou sur une période de référence relativement courte (1-2 ans). Comme ces recensements saisissent les naissances vivantes survenues dans le ménage au cours de la même période. Malheureusement, la périodicité décennale de ses opérations limite l'utilisation de cette source pour le suivi des programmes quinquennaux de réduction de la mortalité maternelle. Conformément aux recommandations des Nations Unies¹² plusieurs pays africains ont inclus cette méthode dans leur recensement : Lesotho (1986, 1996, 2006), Bénin (1992, 2002), Zimbabwe (1992, 2002), Madagascar (1993), Namibie (1996, 2001), Afrique du Sud (2001,2007), Burkina Faso (2006), Burundi (2010), Gabon (2013). Au Sénégal (2013)¹³, on a combine les données d'état civil jugées être de bonne qualité, et celles du recensement de 2013 pour calculer le ratio de mortalité maternelle dans diverses régions du Pays.

Dans les enquêtes, notamment les enquêtes démographiques et de santé (EDS), on utilise méthode de la survie des sœurs pour estimer le niveau de la mortalité maternelle (Graham et al. 1989). Les informations

¹¹ Deborah Maine, Murat Z. Akalin, Victoria M. Ward, Angela Kamara (1997) : La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle, Centre de santé des populations et de la famille, École de santé publique, Université Columbia, 1997, New York, 187 p.

¹² Nations Unies (2009), « Principes et recommandations concernant les recensements de la population et des logements, deuxième révision », Département des affaires économiques et sociales Division de statistique, Études statistiques, ST/ESA/STAT/SER.M/67/Rev.2, Nations Unies, New York, 2009

¹³ Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD, 2013) : Rapport définitif du Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (RGPHAE), ANSD, Dakar, 418 p.

Richard Dackam Ngatchou, 7eme Conférence de l'UEPA, Session 1401

sur le nombre de décès maternels parmi toutes les sœurs des enquêtes sont utilisées pour estimer le risque de décéder sur la durée de vie par cause maternelle. Cette approche mesure une mortalité maternelle qui se rapporte à une période de temps centrée approximativement sur 8 à 12 ans avant l'enquête¹⁴.

Les méthodes des sœurs permettent de réduire la taille de l'échantillon, mais des intervalles de confiance restent très larges, ce qui exclut une analyse des tendances ; elle ne convient pas dans un contexte d'importantes migrations ou d'autres causes.

La méthode directe des sœurs utilisée de plus en plus dans les EDS repose sur un plus petit nombre d'hypothèses que la méthode originale ; mais, exige un échantillon de plus grande taille et une analyse plus complexe ; les estimations se rapportent à une période antérieure à l'enquête d'environ 5 ans ; et les intervalles de confiance restent larges (ce qui limite les possibilités de suivi des tendances) et c'est une formule qui donne des renseignements sur les décès liés à la grossesse, plutôt que sur les décès maternels¹⁵.

À partir de la table de mortalité de la population féminine, il est possible d'estimer le taux de mortalité maternelle à partir des données de services de santé. La méthode exige néanmoins la représentativité des décès maternels enregistrés dans les statistiques sanitaires ventilées par âge de la mère au décès et par cause (Dackam Ngatchou 1988)¹⁶. Il existe également un modèle théorique de la distribution (proportion par rapport aux décès toutes causes confondues) de décès maternels par groupe d'âge. Ce modèle a été utilisé pour estimer la mortalité maternelle (T. Boerma 1987).

La méthode des enquêtes "Reproductive age mortality survey (RAMOS)". Cette méthode utilise des sources d'informations multiples et variées (enquêtes, statistiques sanitaires, état civil, etc.) pour identifier les décès de femmes en âge de procréer, partant du principe qu'aucune source ne permet à elle seule d'identifier tous les décès ; elle est compliquée, longue et coûteuse quand elle est appliquée au plan national. Le nombre de naissances vivantes utilisé en dénominateur pose un problème quand on cherche ramener les informations des différentes sources à une seule date de référence. Cette méthode proposée (OMS/UNFPA/UNICEF) pour calculer les indicateurs de base avant la CIPD a été abandonnée.

Les estimations des institutions internationales sont basées sur un modèle multiniveaux faisant intervenir différentes sources de données (WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank 2010)¹⁷. Un modèle de régression multiniveaux a été mis au point en utilisant les données disponibles au plan national à partir des enquêtes, des recensements, des systèmes de surveillance et des registres des décès. On a obtenu des estimations et des projections des nombres de décès maternels à des époques déterminées (1990, 1995, 2000, 2005 et 2008). Ce modèle représente les décès maternels dus à des causes obstétricales directes ou à des causes indirectes autres que les décès dus au VIH/sida pour lesquels la grossesse était un facteur aggravant notable. Les décès maternels indirects liés au VIH/sida ont été traités séparément. Les trois covariables sélectionnées pour le modèle sont : le produit intérieur brut par habitant (PIB), le taux de fécondité général (TFG) et le nombre de naissances vivantes assistées par du personnel qualifié (APQ).

¹⁴ Wendy j. Graham, Filippi, Véronique G. A. : "Monitoring Maternal Health goals: how well do the indicators Perform?" Maternal and child epidemiology unit, London school of Hygiene and Tropical Medicine, 1994, London.

¹⁵ OMS (2011) : Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 : estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale, OMS, Genève, 2011, 54 p.

¹⁶ Modèles démographiques pour l'estimation de la mortalité maternelle appliquée au cas du Cameroun : R. Dackam Ngatchou, Proceedings of maternal mortality day workshop, 23-Septembre 1988, CUSS/CHU. MINSHAN, Yaoundé, 15 pages

¹⁷ OMS (2011) : Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 : estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale, OMS, Genève, 2011, 54 p.

Deux problèmes majeurs se posent dans l'utilisation de cet indicateur : la méthode est difficile à répliquer au niveau infranational : il est difficile à désagréger le PIB selon les découpages administratifs.

L'intervalle d'incertitude des estimations du RMM. Pour l'Afrique subsaharienne par exemple, l'estimation inférieure est 470 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et 930 p 100 000 pour l'estimation supérieure 930 pour un RMM estimée à 640 p 100 000 naissances vivantes (OMS (2011)). Cette approche n'est pas indiquée pour calculer l'indicateur d'impact d'un programme de réduction de la mortalité maternelle localisé dans une région du pays.

Les enquêtes longitudinales de «suivi des grossesses, des accouchements et de suites de couches » les femmes incluses dans l'échantillon sont suivies plusieurs mois, au moyen de quatre entrevues (dès que la femme déclarée sa grossesse, au cours du huitième mois, lors de l'accouchement, 60e jour après l'accouchement). Les domaines couverts par l'enquête permettent de bien étudier les facteurs de risque : i) caractéristiques sociodémographiques, ii) antécédents gynéco obstétrical, iii) utilisation des services de santé (au cours de la grossesse et de l'accouchement), iv) caractéristiques cliniques des femmes enceintes entre 32 et 36 semaines d'âge gestationnel, v) Prévalence de facteurs de risques de complications maternelles, vi)accouchement et post-partum, vii) complications et morbidité de la femme en état gravido puerpéral, viii) morts maternelles, ix) État de l'enfant, xi) Espacement de naissance. C'est ce qui a été fait dans l'enquête morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest (MOMA) “livrent des informations sur la fréquence de la morbidité maternelle sévère et décrit les décès maternels en profondeur, mais elles n'apportent pas encore toutes les réponses aux questions posées sur la fréquence des facteurs de risque de la morbidité et de la mortalité maternelle”.

Conclusion.

L'effort d'estimation du niveau de mortalité maternelle dans les pays africains, se limite la plupart de temps quelle que soit la méthode utilisée, à la production d'un indicateur du niveau national. Ainsi, la mesure unique ne permet pas de distinguer les régions géographiques ou administratives à haut risque de mortalité. : mesurer ne conduit pas nécessairement à une action appropriée.

La période de références de l'indicateur pour les méthodes indirectes (10 ans) et pour les méthodes directes (5 ans) ne facilitent pas l'utilisation de ces mesures pour évaluer les effets des programmes en cours qui durent en général cinq ans.

Enfin, la marge d'incertitude de la mesure reste assez large pour les mesures dérivées des enquêtes ou de la méthode de régression multiniveaux utilisée par les organisations multilatérales (OMS, UNICEF, UNFPA et Banque Mondiale, 2010).

Comme pour la mortalité maternelle, des efforts doivent être renforcés pour habiliter les statistiques du système d'information sanitaire, les statistiques d'état civil. Il faut souligner dans le cadre du recensement général de la population et de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage (RGPAE) de 2013, on a pu calculer le ratio de mortalité maternelle dans chacune des 14 régions administratives du Sénégal.

Il est difficile de lier décès maternel aux caractéristiques individuelles des femmes décédées. Dans ce contexte avoir un indicateur quantitatif ne signifie pas nécessairement que vous avez un bon indicateur pour l'évaluation des actions entreprises pour les programmes de réduction de la mortalité maternelle. La mesure de la mortalité maternelle avec les méthodes indirectes semble être une fin en soi. On calcule la mortalité des mères sans observer les conditions de vie des mères décédées. “ La recherche d'un niveau d'observation est une démarche concrète qui vise à placer l'observateur dans une situation idéale pour recueillir au niveau de détail souhaité, une information de qualité maximale ” (Dubois, Blaizeau, 1989).

La seule méthode complémentaire qui permet de faire des analyses de causes à effet indispensable pour le suivi et évaluation d'un programme de réduction de la mortalité maternelle, la mesure de la mortalité reste les enquêtes longitudinales de « suivi des grossesses des accouchements et des suites de couches » qui a en plus l'avantage d'aider à l'évaluation de la qualité de services de santé maternelle.

2) L'utilisation des indices agrégés pour améliorer la performance d'un programme : mesurer ne conduit pas nécessairement à une action appropriée.

Il convient de rappeler que l'on appelle *unité statistique* tout élément d'un ensemble sur lequel on peut effectuer des statistiques tel que, par exemple, l'individu d'une population, les unités administratives d'un même niveau ou les pays d'une région ou les pays appartenant à une catégorie prédéfinie, etc. Parmi les unités statistiques, on distingue celles qui se prêtent à observation que l'on appelle *unité d'observation*, et celles qui ne sont pas forcément observées, bien que pouvant l'être, mais qui sont utilisées pour l'analyse ; l'on appelle cela unité d'analyse. Les unités d'analyse recouvrent en particulier les ensembles, non directement observables comme les pays ou même les ménages dont les caractéristiques sont déduites des unités d'observation par des procédures spécifiques. Dans le même ordre d'idée, la relation d'inclusion, ainsi que la relation d'agrégation, définit des niveaux statistiques différents entre les unités statistiques en créant une hiérarchie qui va du plus englobant à la plus fine.

Les niveaux d'intervention dans les programmes nationaux de population sont : niveau macro (national, pays), niveau méso (communautaire) et niveau micro (ménage ou individu). Les indicateurs doivent décrire le niveau d'intervention. C'est pourquoi la population cible est précisée dans la formulation des objectifs sinon dans la formulation des indicateurs qui clarifient les objectifs. En principe, on ne devrait pas utiliser un indicateur d'un niveau donné pour décrire un autre niveau.

Utiliser l'espérance de vie à la naissance ou l'indice synthétique de fécondité qui est souvent calculé au niveau macro ou méso pour décrire les individus serait commettre l'erreur qu'il est convenu d'appeler "inférence fallacieuse de mauvais niveau".

L'analyse des questions de population fondée sur les indicateurs du niveau macro ou les indicateurs des autres niveaux d'analyses (méso et micro) fait un compromis entre la tendance de rassembler autour d'un indicateur agrégé pour révéler l'unicité et la tendance centrale et celle d'utiliser les indicateurs du niveau "méso" pour tenir compte de la diversité et des différences de situation. Il est connu que trop d'unicité empêche l'explication comme trop de diversités la rendent impossible. Ces niveaux varient selon que l'indicateur est élaboré pour les besoins d'une organisation internationale, ou d'un pays, ou d'une unité administrative à l'intérieur d'un pays, ou d'un district sanitaire, etc. Un pays pour une organisation internationale peut être considéré comme un individu en tant qu'unité primaire d'analyse, le niveau méso serait alors le niveau des grandes régions (Afrique, Amérique) et le niveau macro le niveau mondial. On peut faire le même raisonnement à l'intérieur d'un pays ou le micro peut être la plus petite unité administrative, le méso les régions administratives du niveau intermédiaire, et le macro le niveau national. D'une façon générale, dans le domaine de la recherche sociale ou démographique, on a coutume de passer successivement et directement du niveau macro (pays) au niveau méso (communautés) et au niveau micro (ménages ou individus).

Il est souvent nécessaire de préciser le niveau de pertinence de l'indicateur (cf. paragraphe sur la formulation). Les erreurs de niveau ont pour effet de diminuer la qualité des indicateurs et de diminuer par conséquent l'efficacité des politiques basées sur le niveau de l'indicateur. La structure d'informations, en mettant en valeur l'articulation des niveaux d'observation et des niveaux d'analyse, permet de choisir les niveaux d'observation les plus appropriés pour réduire ces erreurs sans pour autant augmenter

significativement les coûts et les délais d'exploitation.

Les indicateurs du niveau Macro

Au niveau macro, les indicateurs fournissent une image d'ensemble des résultats souhaités ; ils sont souvent agrégés. Le niveau d'agrégation de certains indicateurs est suffisamment explicite: par exemple, le nombre de pays ayant une politique nationale de population, le nombre de pays qui souhaitent réduire le nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer, le nombre de pays qui ont modifié leur politique fondamentale et leur législation en vue de réaliser la parité entre les sexes. Les indicateurs du PA/CIPD ou ceux du plan d'action du Sommet mondial pour l'enfance sont de bons exemples à ce niveau. Ils posent quelques problèmes méthodologiques d'après le FNUAP (1999) : (i) fixer et contrôler les points de départ ; (ii) la nature qualitative et quantitative des données.

a. Fixer et contrôler les points de départ

Un problème de méthodologie particulièrement important tient au manque de données précises qui permettraient d'établir les points de départ et d'enregistrer les progrès réalisés pour certains indicateurs de résultats. Par exemple, la plupart des systèmes d'état civil ne renseignent pas sur la mortalité maternelle. Le FNUAP peut donc avoir besoin de recourir à des évaluations fondées sur des enquêtes et modèles aussi bien qu'à des mesures de substitution. Le fonds a besoin de soutenir, avec d'autres partenaires, des activités de collecte et d'analyse de données relatives à la mortalité maternelle. Même quand les données sont disponibles, il n'est pas toujours possible de suivre l'amélioration pas à pas, du moins, à court terme. En dégageant les points de départ avec plus de précision, on peut fort bien s'apercevoir que la situation est pire qu'on ne le pensait d'abord. En outre, la situation définie par les points de départ peut s'aggraver, auquel cas, le mieux que l'on puisse faire est de ralentir le rythme d'aggravation. L'assistance du FNUAP est principalement orientée vers les pays qui sont les plus pauvres sur le plan des ressources économiques et humaines et qui, en conséquence, groupent quelques-uns des pires indicateurs sur le plan de la population et de la santé en matière de reproduction. Il n'est donc pas déraisonnable de prévoir que des résultats positifs ne pourront se dégager dans ces pays qu'après un certain temps ”.

b. Des données qualitatives ou quantitatives

La nécessité de mesurer les indicateurs fait généralement préférer les données quantitatives aux données qualitatives. La nouvelle image de la santé en matière de reproduction dépasse les mesures statistiques et met l'accent sur des dimensions qualitatives telles que la qualité de la vie, la satisfaction individuelle et le respect de divers droits. Cela donne à penser qu'il est nécessaire que les indicateurs soient basés sur des données tant qualitatives que quantitatives. Par exemple, le taux d'utilisation des contraceptifs (TUC) ou le pourcentage d'accouchements assistés par un professionnel de la santé ne peuvent faire fonction d'indicateur unique de la santé en matière de reproduction, car ils ne reflètent pas des dimensions telles que la qualité des soins et le choix de moyens de contraception, ni beaucoup des autres composantes retenues par la CIPD dans sa définition détaillée de la santé en matière de reproduction. En conséquence, des indicateurs tels que le TUC ou le pourcentage d'accouchements assistés par un professionnel de la santé doivent être complétés par d'autres indicateurs ” (FNUAP, 1999) .

Les indicateurs composites ou indicateurs agrégés sont des indices synthétiques regroupant plusieurs indicateurs individuels, qui permettent de comparer et classer les pays à l'aune de leurs performances. Ils présentent l'avantage de pouvoir intégrer de grandes quantités d'informations sous une forme facile à comprendre pour le grand public. Ils permettent de limiter le nombre de statistiques présentées et se

prêtent à une comparaison rapide des performances nationales. Bien qu'utile à faire des classifications, ils sont cependant ils ne sont pas du fait de leur complexité des indicateurs cibles des interventions sur le terrain. L'indicateur unique de la qualité de services permet d'illustrer ce problème.

Pendant longtemps, on a eu tendance à utiliser les indicateurs agrégés pour mesurer la qualité ; ainsi, au lieu de clarifier l'objet de mesure (la qualité), l'indicateur agrégé rendait l'action correctrice quasi impossible. Dans chaque pays, la qualité dépend de l'état et de l'évolution de la technologie et de la connaissance (Fauman 1989; Zusman 1988). Dans ce cas, l'indicateur devient fallacieux ou insaisissable ; il a un caractère arbitraire (Klein et al.1961) et ne se prête pas aux comparaisons entre pays ou dans le temps.

Du point de vue de leur utilisation, on constate que si certains indicateurs composites permettent de comparer les pays entre eux, ils sont tout à fait inutiles pour guider les actions concrètes sur le terrain ; en effet, une fois les données agrégées, on ne sait plus sur quelle dimension de la gouvernance ou de la qualité on devrait agir pour contribuer aux changements escomptés. Du fait des différences dans les méthodes de collecte de données d'un pays à l'autre, leurs fondements statistiques comme instruments de comparaison de la qualité de service ou de la gouvernance entre pays ou dans le temps est questionnable.

Les indicateurs composites réduisent les réalités complexes à un chiffre. Les indicateurs composites offrent ainsi une estimation quantifiée de la qualité de services ou de la gouvernance dans un pays à un seul chiffre qui rend facile la comparaison entre pays ou dans le temps. La plupart d'indicateurs composites est constituée de données provenant à la fois des sources secondaires et des sources primaires, très différentes d'un pays à l'autre et parfois d'une année à l'autre dans un même pays.

Parmi les problèmes majeurs associés à l'utilisation des indicateurs composites, on cite : i) le manque relatif de transparence du contenu des indicateurs ; ii) la non-présentation de sources primaires utilisées pour les indicateurs qui entrent dans le calcul et utilisation excessive des sources secondaires dont on ne peut pas juger de la qualité ; iii) les indicateurs utilisés au plan international pour faire des comparaisons entre les pays fournissent peu d'informations utiles à ceux qui souhaitent engager des actions concrètes pour améliorer la qualité de services sur le terrain.

Les indicateurs composites

On utilise de nombreux indicateurs simples tels que les effectifs d'une population, le nombre de décès maternels ; mais on rencontre de plus en plus des indicateurs composites faciles à élaborer avec l'amélioration des outils de calcul.

Les indicateurs composites plus utilisés sont les indicateurs élaborés par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) autour du concept du développement humain. Ce concept part du principe que le développement s'exprime par trois éléments essentiels : vivre longtemps et en bonne santé, acquérir des connaissances et un savoir, et accéder aux ressources nécessaires pour vivre dans des conditions décentes. Ce concept initial a été élargi à d'autres dimensions dont le plus important est "vivre dans le respect de soi-même et dans le respect des droits de l'homme". Quatre indicateurs peuvent être retenus étant donné leur lien étroit avec les programmes de population : l'indicateur de développement humain (IDH), l'indicateur de la pauvreté humaine (IPH), l'indicateur sexospécifique du développement humain (ISDH) et l'indicateur de la participation des femmes (IPF). Tous ces indicateurs sont des exemples types d'indicateurs composites.

L'indicateur du développement humain comporte trois éléments : la durée de vie, le niveau d'éducation et le niveau de vie. L'indicateur de la durée de vie est l'espérance de vie à la naissance; l'indicateur du niveau d'éducation combine pour deux tiers le taux d'alphabétisation des adultes et pour un tiers le taux brut de

scolarisation combiné (tous niveaux confondus) ; le niveau de vie est mesuré par le Produit intérieur brut réel par habitant exprimé en Parité du Pouvoir d'Achat (PPA).

L'indicateur sexospécifique du développement humain durable corrige l'IDH en fonction des inégalités sociologiques entre les sexes. Il est composé des mêmes variables que l'IDH, mais tient compte des écarts des indicateurs entre hommes et femmes : l'espérance de vie à la naissance par sexe, le taux d'alphabétisation des adultes par sexe, le taux brut de scolarisation combinée (tous niveaux confondus) par sexe, le niveau de vie est mesuré par le Produit intérieur brut réel par habitant corrigé sur la base de la disparité entre les sexes en matière de parts de revenus et de la proportion des hommes et des femmes dans la population.

L'indicateur de la participation des femmes a pour composante quatre variables définies pour mesurer le contrôle que les hommes et les femmes peuvent exercer sur leur destinée dans les domaines politique et économique : pourcentage de représentation parlementaire par sexe, pourcentage de fonctions de direction et de cadres supérieurs par sexe, pourcentage des cadres et des techniciens par sexe, pourcentage des hommes et des femmes dans la population totale. Dans une deuxième partie du calcul de cet indicateur, on intègre le pourcentage de la population active par sexe, le rapport de féminité des salaires non agricoles, le PIB réel non corrigé exprimé en PPA et la part des revenus du travail des femmes.

L'indicateur de la pauvreté humaine utilise les mêmes variables que l'IDH, mais envisagées sous l'angle de manque : au lieu de l'espérance de vie à la naissance, on aura la probabilité de décéder avant l'âge de quarante ans, le manque d'instruction qui mesure la proportion de la population exclue du monde de la lecture et de la communication. L'indicateur de l'absence d'accès à des conditions de vie décentes combine : la proportion d'individus n'ayant pas accès à l'eau potable, la proportion d'individus n'ayant pas accès aux services de santé et la proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant de la malnutrition.

Comme on peut le voir, le résultat final de tels indicateurs ne permettent pas de savoir quelle est la composante de l'indicateur qui sera la cible du programme pour améliorer la valeur de cet indicateur ou le classement du pays dans la hiérarchie internationale établie sur la base de tels indicateurs. Le "Population Council" a également, dans son programme de recherche opérationnelle "Études analyse situationnelle en matière de santé de la reproduction", proposé un indicateur synthétique de qualité de soins; mais à l'évaluation, on s'est rendu compte que si l'indicateur était pertinent pour faire des comparaisons entre pays il l'était moins au niveau opérationnel dans les pays. On sait que dans tel pays, ou tel district sanitaire, la qualité des soins est mauvaise, mais on ne sait pas sur quelles variables jouer pour améliorer la qualité des soins.

Les indicateurs synthétiques peuvent néanmoins être utiles pour le plaidoyer en vue de mobiliser l'opinion publique internationale et nationale sur l'ampleur du phénomène. A l'intérieur du pays, ces indicateurs peuvent aider à identifier les zones d'intervention des programmes. Ces indicateurs sont utiles aux universitaires et aux chercheurs comme outil ou objet de recherche.

Conclusion

Comme on l'a dit plus haut en ce qui concerne l'élaboration des indicateurs de la qualité de services. D'une façon générale, il s'agit d'établir des systèmes d'indicateurs axés sur les différentes dimensions qui composent l'indicateur composite dans lesquelles on intervient et s'assurer qu'ils sont pertinents pour les utilisateurs, supprimer les indicateurs inutiles et améliorer les indicateurs retenus.

La simplification extrême et l'agrégation des indicateurs qui tente de réduire la réalité complexe en un seul chiffre, sont les principales limitations de l'utilisation de ces indicateurs pour l'action. L'utilisation

d'un indicateur composite suppose le choix par l'utilisateur des dimensions à cibler pour l'action, notamment quand sa composition comprend (comme pour l'IDH) des indicateurs des domaines tels que la santé, l'éducation les droits humains.

On reconnaît que ces indicateurs composites sont utiles au plan international. En effet, les bailleurs de fonds multilatéraux et les agences bilatérales, les utilisent pour justifier le choix des pays bénéficiaires de l'aide au développement. Les investisseurs internationaux utilisent ces indicateurs pour analyser les risques et potentiels des investissements dans les pays ciblés. Les chercheurs en matière de développement ces indicateurs comme indicateurs macro pour faire des analyses entre les pays.

CONCLUSION

Je me suis inspiré des leçons du passé et des réflexions pertinentes suivantes de Clifford w. Cobb et Craig Rixford (1998)¹⁸ pour organiser ce chapitre en guise de conclusion sur les indicateurs qui auront un impact sur les programmes de population.

Avoir un indicateur quantitatif ne signifie pas nécessairement que vous avez un bon indicateur. On a vu que le ratio de mortalité maternelle obtenu par la méthode de survie des sœurs classique n'est pas un bon indicateur parce que cette mesure décrit une situation 10 ans avant l'enquête.

Les indicateurs efficaces sont fondés sur des cadres conceptuels clairs. Un indicateur composite de la qualité de service qui est composée des indicateurs de plusieurs dimensions de la qualité n'est pas efficace de façons intrinsèques.

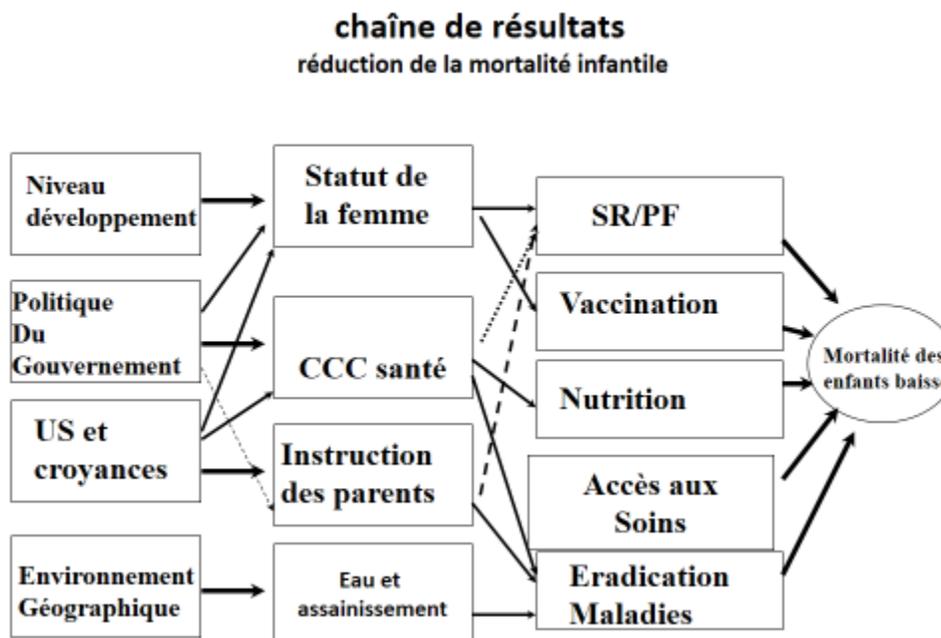
Le ratio de mortalité maternelle malgré les limites méthodologiques liées a sa mesure, les indicateurs de mortalité infantile obtenus par les méthodes indirectes, et le taux de prévalence du VIH/Sida obtenu par les postes sentinelles passive ou de la première génération, dont les valeurs symboliques sont aujourd'hui reconnues, ont guidé les actions en matière de santé pendant les décennies précédentes. Cela signifie que la valeur symbolique d'un indicateur peut l'emporter sur sa valeur en tant que mesure littérale.

Les indicateurs proposés pour l'OMD-5 sont : a) Taux de mortalité maternelle, b) Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié. 3 Taux de contraception. Dans plusieurs pays africains, on a constaté que les indicateurs 1 et 2 peuvent être contradictoires. Plus de 85% d'accouchement assisté et forte mortalité maternelle 780 p. 100.00 naissances vivantes dans un pays. Accouchement effectué dans un centre de santé et assisté par un personnel de santé ne signifient pas que ce personnel est qualifié pour cet acte médical. Il faudrait avoir une bonne connaissance des normes et du protocole de prise en charge de la femme qui vient accoucher pour conclure que l'accouchement ou la naissance a été assisté par un personnel qualifié. Il ne faut pas confondre les indicateurs avec la réalité.

Les résultats sont souvent attribués à tort, uniquement à une intervention, qui ne tient pas compte des nombreuses influences autres que les services fournis. Le problème d'attribution est fréquent dans les programmes de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, puisque la

¹⁸ Clifford w. Cobb and Craig Rixford (1998): "lessons learned from the history of social indicators", Redefining Progress, San Francisco, 1998, 40 p.

mortalité dans ce groupe d'âge est très sensible à court terme aux conditions de vie socioéconomique et environnementale des ménages. Le schéma ci-dessous soulève la question suivante : à quoi ou à qui attribuer la réduction de la mortalité infantile quand les actions appropriées sont prises dans chaque composante (case) du cadre conceptuel.



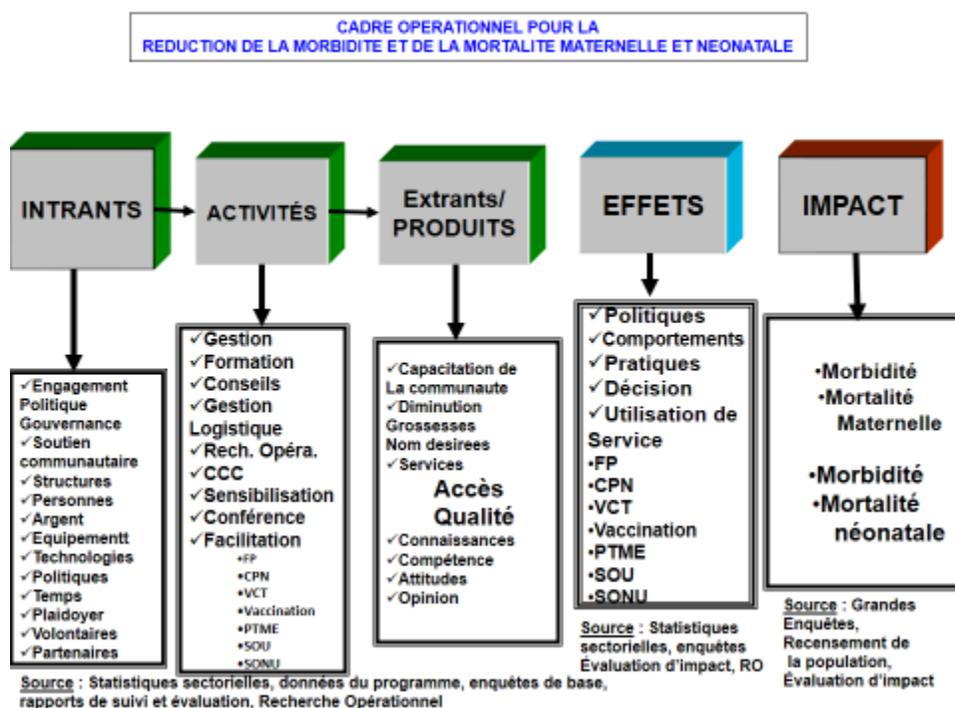
La mesure du changement n'induit pas nécessairement une action appropriée. On a vu que les indicateurs agrégés au plan national (indicateur du pays) sont certainement utiles pour le dialogue des politiques, mais ne l'est pas pour orienter le programme au plan infranational. Il en est de même pour les indicateurs composites comme une seule mesure de la qualité de service. Des mesures aussi simples que l'espérance de vie à la naissance ou l'indice synthétique de fécondité ne conduisent pas directement à l'action appropriée pour changer leur niveau respectif. Pour l'espérance de vie, il faut identifier dans le cycle de vie le groupe d'âge sur lequel il faudra agir : mortalité infantile, ou mortalité juvénile ? Pour changer le niveau de fécondité, c'est un peu plus complexe.

Une meilleure information peut conduire à de meilleures décisions et de meilleurs résultats, mais pas aussi facilement que cela puisse paraître. Quand l'indicateur permet d'avoir les informations sur un programme au moment de sa conception ou au moment de sa mise en œuvre, il contribue à la prise de décision soit pour mieux orienter les objectifs du programme, soit pour rectifier les stratégies de sa mise en œuvre.

Prendre des mesures, rechercher des indicateurs qui révèlent les causes, pas de symptômes. Les études sur les questions de population accordent plus d'importance sur les variables dépendantes décrivant les changements au niveau de la population bénéficiaire (variables d'impact, OMD, ODD), et sur les déterminants proches (les effets des programmes) et très peu sur les variables du processus ou justement se situent les causes profondes de réussite ou d'échec d'un programme.

On a plus de chance de réussite de passer de la situation initiale décrite par le niveau de base de

l'indicateur à des résultats (changements escomptés) au niveau des effets et impact, si vous avez le contrôle sur les processus du programme (ressources, activités, produits).



Dans les intrants, l'accent est souvent plus mis sur trois ressources (financières, humaines et techniques /technologiques). Et pourtant, le facteur de risque le plus important dans les programmes de population sont l'appropriation nationale ou communautaire avec son corollaire qu'est l'engagement national et communautaire. Très peu de travaux ont été menés pour mesurer ces dimensions d'intrants.

Les indicateurs d'évaluation de l'appropriation nationale du programme

Indicateur difficile à mesurer ?

Il ne suffit pas que le problème ait été identifié et reconnu comme une priorité.

Il ne suffit pas que le problème soit mentionné dans le discours des leaders politiques.

Il ne suffit pas que le problème et les solutions possibles soient mentionnés dans un document (plan, ou programme)

Le seul indicateur est l'existence d'une ligne budgétaire financée par les fonds propres (programme, ou gouvernement).

Bibliographie

- Claire Durant et André Blais (2009) : « La mesure, in Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données », 5e Édition, sous la direction de Benoit Gauthier, Presse de l'Université du Québec, Québec, Canada.
- Dubois. J. L. et Blaizeau D. (1989) : Connaître les conditions de vie des ménages dans les pays en développement (Tome, I : concevoir l'enquête, Tome II : collecter les informations, tome III : analyser les résultats), ministère de la Coopération et du Développement, Paris.
- Dackam Ngatchou R. (2004) : 9. Population Programmes indicators, Working Paper No 8, UNFPA/CST-Dakar, Dakar, 2004, 136 pages
- William Thomson, the Scottish physicist also known as Lord Kelvin. According to the Encyclopaedia of Occupational Health and Safety, by Jeanne Mager Stellman (page 1992), Kelvin said in his May 3, 1883, lecture on "Electrical Units of Measurement" (Popular Lectures, Vol. 1, page 73). <http://athinkingperson.com/2012/12/02/who-said-what-gets-measured-gets-managed/>
- OCDE/CAD : Évaluer la coopération pour le développement : Récapitulatif des normes et standards de référence, Deuxième édition, OCDE/CAD, www.oecd.org/dac/evaluation.
- Peter H. Rossi, Mark W. Lipsey, Howard E Freeman (2004): Evaluation: A Systematic Approach, Seventh Edition, Vanderbilt University, – UCLA, 2004, SAGE Publications, Inc. 480 pages.
- Commission Européenne (2000) : Nouvelle période de programmation 2000-2006 : documents de travail méthodologiques. Document de travail n° 3, Indicateurs pour le suivi et l'évaluation : une méthodologie indicative, 2000, 59 p.
- Masquelier, Bruno (2010). Estimation de la mortalité adulte en Afrique subsaharienne à partir de la survie des proches : apports de la microsimulation. Prom. : Tabutin, Dominique (2010), Université catholique de Louvain, Centre de recherche en démographie et sociétés, Louvain-la-Neuve, 490 p.
- William Brass (1964) : Utilisation des données de recensements et des enquêtes pour l'estimation des taux de natalité et de mortalité, E/CN.14/CAS.4/VS7, document préparé pour le Cycle d'études sur les statistiques de l'état civil, Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, Addis Abeba, 14-19 décembre 1964.
- Nations-Unies, 1984. Techniques indirectes d'estimation démographique (Manuel X), New-York, Département des affaires économiques et sociales internationales, Études démographiques no 84, ST/ESA/SER.A/84.
- Wunsch, G., 1984. Techniques d'analyse des données démographiques déficientes, Liège, Ordina Éditions.
- W. Brass, A. Coale, P. Demeny, D. Heisel, F. Lorimer, A. Romaniuk, et E. van de Walle. The Demography of tropical Africa. Princeton University, Press, 1968.
- W. Brass et K. Hill. Estimating adult mortality from orphanhood. Dans International, Union for the Scientific Study of Population (ed), Proceedings of the International Population Conference: Liège, volume 3, pages 111–123, 1973.
- Deborah Maine, Murat Z. Akalin, Victoria M. Ward, Angela Kamara (1997) : La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle, Centre de santé des populations et de la famille, École de santé publique, Université Columbia, 1997, New York, 187 p.
- Rémy Clairin (1985) : Contribution à l'analyse des données démographiques imparfaites des pays africains, Groupe de Démographie Africaine, IDP_INED_INSEE_MINCOOP_ORSTDM, Paris, 1985, 418 p.
- William Brass (1964) : Utilisation des données de recensements et des enquêtes pour l'estimation des taux de natalité et de mortalité, E/CN.14/CAS.4/VS7, document préparé pour le Cycle d'études sur les statistiques de l'état civil, Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, Addis Abeba, 14-19 décembre 1964.
- William Brass (1964) : Methods for estimating fertility and mortality from limited and defective data, Chapel Hill, North Carolina, Carolina Population Center, Laboratories for population statistic, 1975.

- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD, 2013) : Rapport définitif du Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage (RGPHAE), ANSD, Dakar, 418 p.
- William Brass (1964) : Methods for estimating fertility and mortality from limited and defective data, Chapel Hill, North Carolina, Carolina Population Center, Laboratories for population statistic, 1975.
- Deborah Maine, Murat Z. Akalin, Victoria M. Ward, Angela Kamara (1997) : La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle, Centre de santé des populations et de la famille, École de santé publique, Université Columbia, 1997, New York, 187 p.
- Nations Unies (2009), « Principes et recommandations concernant les recensements de la population et des logements, deuxième révision », Département des affaires économiques et sociales Division de statistique, Études statistiques, ST/ESA/STAT/SER.M/67/Rev.2, Nations Unies, New York, 2009.
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD, 2013) : Rapport définitif du Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage (RGPHAE), ANSD, Dakar, 418 p.
- Wendy J. Graham, Filippi, Véronique G. A. : "Monitoring Maternal Health goals: how well do the indicators Perform?" Maternal and child epidemiology unit, London school of Hygiene and Tropical Medicine, 1994, London.
- OMS (2011) : Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 : estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale, OMS, Genève, 2011, 54 p.
- Modèles démographiques pour l'estimation de la mortalité maternelle appliquée au cas du Cameroun : R. Dackam Ngatchou, Proceedings of maternal mortality day workshop, 23-Septembre 1988, CUSS/CHU. MINSHAN, Yaoundé, 15 pages
- OMS (2011) : Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 : estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale, OMS, Genève, 2011, 54 p.
- Graham Wendy J, Filippi Véronique G. A. (1994): "Monitoring Maternal Health goals: how well do the indicators Perform?" Maternal and child epidemiology unit, London school of Hygiene and Tropical Medicine, London.
- Grawitz Madeleine (1990) : dans Méthodes des sciences sociales, Précis Dalloz, Dalloz, Paris.
- Jenicek M. et Cléroux R. (1982) : Épidémiologie : principes, techniques, application - Edisem, Québec.

Annexe.

Lors de l'évaluation des programmes de population, il est recommandé de prendre en compte les critères suivants tirés des *Principes du CAD pour l'évaluation de l'aide au développement* : pertinence, efficacité, efficience, l'impact et la durabilité/viabilité.

Les indicateurs de l'évaluation de la pertinence

Mesure dans laquelle les activités d'aide correspondent aux priorités et aux politiques du groupe ciblé, partenaires ou donateurs.

Les indicateurs de l'évaluation de la pertinence d'un programme sont ceux utilisés pour faire l'analyse de la situation que l'on voudrait changer. Ce sont les indicateurs d'état de la population, état de l'environnement social, économique et politique dans lequel vit la population cible, mais aussi, l'état de

l'offre de service sociaux de base en qualité et en quantité en lien avec le programme envisagé pour changer la situation.

L'indicateur de la pertinence indique avant toute chose, que l'état souhaité n'est pas encore atteint : l'indicateur observé est de 100 alors que l'on souhaite qu'il soit à 33. La situation est insatisfaisante et on souhaite qu'elle soit satisfaisante. L'objectif du programme de faire évoluer cet indicateur de 100 à 33 est pertinent. Il en est de même pour le programme qui veut passer d'un état d'insatisfaction à celui où la population sera satisfaite.

La théorie du programme décrit la pertinence des liens entre les activités prévues dans le cadre du programme et les résultats escomptés. La chaîne des résultats du cadre opérationnel d'intervention montre comment, concrètement les résultats intermédiaires prévus lors de la mise en œuvre du programme contribueront aux effets et à l'impact attendus.

Les indicateurs d'évaluation de l'efficacité

Mesure du degré de réalisation des activités prévues dans le programme pour atteindre les objectifs immédiats et à court terme du programme.

L'indicateur d'évaluation de l'efficacité d'un programme de population mesure si le changement souhaité a eu lieu, c'est-à-dire si les objectifs prévus ont été atteints, ou si on est sur le bon chemin, conformément à la chaîne des résultats, pour atteindre cet objectif.

L'indicateur d'efficacité montre si on a surmonté les facteurs de risques (les contraintes et les faiblesses) identifiés initialement dans la théorie du programme ; ce qui justifierait l'efficacité de la mise en œuvre du programme.

Les indicateurs d'évaluation de l'efficience

L'efficience mesure les résultats – qualitatifs ou quantitatifs – obtenus par rapport aux moyens mis en œuvre.

La stratégie des programmes de population est d'améliorer l'accessibilité et l'utilisation des services en réduisant autant que possible les coûts de services.

Les indicateurs d'évaluation de l'efficience indiquent dans quelle mesure le programme de population utilise les ressources les moins coûteuses possibles pour produire les résultats escomptés.

Cela implique généralement d'avoir un coût de référence pour comparer les mesures de coûts des approches différentes, obtenant les résultats de mêmes niveaux de qualité.

L'indicateur de l'efficience peut porter sur les délais ou les coûts nécessaires pour obtenir les mêmes résultats.

Les indicateurs mesurant les changements sociaux ou indicateurs d'impact

Il s'agit des effets positifs et négatifs, directs ou indirects, intentionnels ou non, induits par une intervention à l'appui du développement.

Les indicateurs mesurant les changements sociaux, économiques, environnementaux dus au programme souhaités et observés dans la population ou la société, sont utilisés pour la mesure de l'impact.

Les indicateurs de développement, tels que ceux mesurant les changements dans les capacités institutionnelles sont également considérés comme des mesures d'impact (effets intermédiaires). Le désenclavement d'une localité a une relation de cause à effet (ou de moyen à fin), sur la réduction de la mortalité maternelle tout comme l'amélioration de la prise en charge des complications obstétricales.

L'examen doit prendre en considération les résultats souhaités et les résultats involontaires, de même que les impacts positifs et négatifs de facteurs externes, tels que l'évolution des termes de l'échange ou des conditions financières.

L'évaluation de la pertinence d'un programme ou d'un projet doit prendre en compte les points suivants:

- Quelles sont les conséquences du programme/projet et comment s'expliquent-elles ?
- Quel changement concret l'activité concernée a-t-elle apporté aux bénéficiaires ?

L'évaluation d'impact d'un programme fait partie d'un ensemble d'évaluations et d'analyses qui s'articule de la façon suivante (Peter Rossi, Howard Freeman et Mark Lipsey)¹⁹:

- Estimation des besoins d'information : dès la phase de conception s'entendre sur les changements attendus ainsi que sur les indicateurs qui mesurent le mieux ces changements. Cette étape est un préalable à l'évaluabilité du programme.
- Évaluation de la théorie de changement du programme (définition d'un cadre conceptuel ou d'un cadre opérationnel qui facilite la définition précise des indicateurs opérationnels que l'on utilisera pour la mesure du changement dû au programme. Exemple concept « accès aux services de santé, et variable opérationnel d'accès qui peut être accès géographique, accès financier, ou culturel).
- Évaluation de processus du processus de mise en œuvre du programme (assurance qualité tout au long du processus). L'évaluation de la qualité des services de santé est un désir de connaissance pour améliorer l'offre de service.
- Évaluation d'impact (évaluation de l'utilisation des services).
- Analyses coût/bénéfices, coût/efficacité et analyse comparative des coûts

Les indicateurs d'évaluation de la viabilité / durabilité

La viabilité permet de mesurer si les bienfaits d'une activité de développement ont des chances de perdurer une fois que le donneur aura achevé de la financer.

Les indicateurs d'évaluation de la viabilité / durabilité.

Sécurisation des ressources financières dans le budget national.

Maintien des ressources humaines motivées en qualité et en quantité.

Les leçons apprises de ce programme sont appliquées systématiquement dans des programmes similaires.

La population satisfaite de la qualité des services offerts par le programme précédents, souhaite que ce savoir-faire soit appliqué dans le programme en cours qui fonctionne après le retrait des bailleurs de fond.

La question est déterminée combien de temps après le retrait des bailleurs de fonds il faudrait l'évaluation de la viabilité.

¹⁹Peter H. Rossi, Mark W. Lipsey, Howard E Freeman (2004): Evaluation: A Systematic Approach, Seventh Edition, Vanderbilt University, – UCLA, 2004, SAGE Publications, Inc. 480 pages

Il y a, en général, viabilité quand il y a une réelle appropriation des objectifs et des stratégies opérationnelles du programme.

Les indicateurs de la viabilité porte en général sur six dimensions :

1. Cadre institutionnel :
 - a. Cadre légal : Est-ce une priorité dans la politique national de santé
 - b. Les normes et standards des services capitalise sur les leçons apprises du programme de santé.
2. Le paquet minimum de service et le plateau technique sont-ils adéquats ?
3. Les ressources financières nationales sécurisées :
 - a. la part du budget national consacrée à la santé,
 - b. la part du budget santé consacrée au programme. Le financement des produits de la planification familiale est-il inscrit dans le budget de l'état ?
4. La motivation des ressources humaines (formation, salaire et un plan de carrière).
5. La logistique : les équipements techniques, et la technologie de l'information et de la communication

L'environnement socioculturel et politique : la population est consciente de l'utilité du programme ainsi que des changements durables auxquels il contribue.

Les indicateurs d'évaluation de l'appropriation nationale du programme

Indicateur difficile à mesurer ?

Il ne suffit pas que le problème ait été identifié et reconnu comme une priorité.

Il ne suffit pas que le problème soit mentionné dans le discours des leaders politiques.

Il ne suffit pas que le problème et les solutions possibles soient mentionnés dans un document (plan, ou programme)

Le seul indicateur est l'existence d'une ligne budgétaire finance par les fonds propres (programme, ou Gouvernement).

Les indicateurs dans le cycle de vie d'un programme de population²⁰

Le travail d'évaluation à réaliser pour chaque programme peut être réparti en trois étapes : ex ante, à mi-parcours et ex post. Pour chacune de ces étapes, les évaluations doivent aborder un ensemble de sujets spécifiques relatifs à l'exécution des programmes. Par conséquent, les indicateurs constituent une mine de renseignements pour les évaluations, mais en même temps, ils ne sont identiques tout au long du cycle du programme. En effet, dans un cadre conceptuel, on distingue bien, la variable dépendent, qui est en général une variable d'effet ou d'impact des variables intermédiaires qui se situe au niveau du processus et d'effet à court terme.

Les indicateurs dans le cadre logique de programmation

Les indicateurs d'intrants :

²⁰ Commission Européenne (2000) : Nouvelle période de programmation 2000-2006 : documents de travail méthodologiques. Document de travail n° 3, Indicateurs pour le suivi et l'évaluation : une méthodologie indicative, 2000, 59 p.
Richard Dackam Ngatchou, 7eme Conférence de l'UEPA, Session 1401

Très souvent oubliées, ces indicateurs sont indispensables pour l'évaluation de la viabilité du programme : ressources humaine (techniques, ou d'appui administratif) ; l'engagement ou appropriation nationale, les ressources financières locales.

Les indicateurs de réalisation concernent les activités. Ils sont souvent mesurés en unités physiques ou monétaires. Ils mesurent :

- les effets directs et immédiats produits par une intervention.
- la quantité et la qualité de l'offre de service (les performances) ;
- le degré de satisfaction des bénéficiaires directs.
- l'accessibilité aux services (temps de trajet, temps moyen consacré aux bénéficiaires par les prestataires de service, etc.)
- Le coût financier (transport et prise en charge).

Les indicateurs d'impact

- Indicateurs d'impacts spécifiques (effets qui se produisent au bout d'un certain temps, mais sont directement liés aux interventions du programme)
- Indicateurs d'impacts généraux (effets à plus long terme qui affectent une population plus vaste).