

Résumé du rapport final- 289Ev

Evaluation externe réalisée avec l'appui du F3E pour INTER-AIDE

Titre du rapport : Evaluation externe du projet de contrôle de la tuberculose dans les provinces du sud de l'Ethiopie

Auteurs : Dr Guido Groenen
Dr Assefa Amenu

<u>Abréviations</u>	
DOT	Traitement observé directement (Directly Observed Treatment)
EP	Extrapulmonaire
HEW	Health Extension Worker (Agent de santé affecté au Poste de Santé)
P+	Tuberculose pulmonaire aux crachats positifs à l'examen direct
P-	Tuberculose pulmonaire aux crachats négatifs à l'examen direct
PPD	Période de pré-diagnostic
TBC	Tuberculose
TNC	Taux de notification des cas
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Inter Aide est une organisation non-gouvernementale française active dans 8 pays où elle réalise une soixantaine de projets de développement au niveau communautaire, qui visent à ouvrir aux plus démunis un accès au développement et donner aux bénéficiaires le désir et la capacité de se prendre en charge eux-mêmes. Depuis 1987, Inter Aide supporte plusieurs projets de développement au sud de l'Ethiopie, y compris la lutte contre la tuberculose (TBC) dans la zone de Welayta. Il s'agit d'une zone rurale, pauvre et très peuplée.

L'Ethiopie occupe le 7^{ème} rang mondial des pays les plus touchés par la TBC. L'Organisation Mondiale de la Santé estime que l'Ethiopie détecte moins de 30% des cas tuberculeux dans le pays : 129.743 en 2007, dont 30% sont de nouveaux cas pulmonaires à microscopie positive (P+). Le taux de notification des nouveaux cas P+ en 2007 se situe aux environs de 45 par 100.000 habitants.

Le premier projet TBC d'Inter Aide s'occupait de tous les aspects de la lutte contre la TBC dans un seul woreda, le Kindo Koysha, dans la zone du Welayta, de 1992 à 2002. Le taux de notification des cas (TNC) global (tous les cas de TBC) à Kindo Koysha a rapidement dépassé 300 par 100.000 habitants (comparé à 70/100.000 dans le reste de Welayta). Environ 70% des cas concernaient des cas P+ et le TNC des nouveaux cas P+ a atteint 151/100.000 en 1996 pour

se stabiliser autour de 85/100.000 après 2000. Le taux de succès du traitement de 83% en 1995 à 94% en 2002, le taux de mortalité descendu 4% et le taux d'abandon 2%.

Suite au succès du projet TBC à Kindo Koysha, et à la demande des autorités de santé locales, Inter Aide a décidé de lancer un projet « de deuxième génération » en 2003. L'intervention de l'organisation s'est élargie pour couvrir 11 woredas dans la zone du Welayta et 1 woreda dans la zone du Dawro. Ce projet de deuxième génération visait à faire le pont entre les patients et le système de santé en agissant à la fois sur l'offre et la demande de soins.

Du côté de la demande, les options retenues concernaient la mobilisation sociale, la diffusion d'une information simple et appropriée sur la maladie et sur l'existence d'une réponse médicale gratuite et l'orientation des cas suspects vers les structures de soins afin d'en faciliter l'accès. Du côté de l'offre, le projet s'est concentré sur l'amélioration de la performance du système de santé au niveau du diagnostic, du traitement et du recueil des données.

Inter Aide a affecté 45 facilitateurs de terrain au niveau des communautés afin de faire le lien entre les populations et les services de santé. Ajouté à cela, 5 superviseurs équipés d'une moto ont été attachés au niveau des woredas, afin d'assurer la supervision des facilitateurs de terrain et d'assister le bureau de santé du woreda à coordonner les activités de lutte contre la TBC au sein même du woreda. Inter Aide a également distribué des microscopes, organisé des sessions de formation et lancé un projet pilote pour la collecte d'échantillons de crachats sur le terrain.

L'évaluation : objectifs, méthodologie, limitations

La clôture de ce projet étant prévue à la fin de 2009, Inter Aide a commandé une évaluation externe afin de :

- évaluer l'impact sur le dépistage des mesures mises en œuvre, tout en essayant de démontrer l'efficacité relative des différentes composantes de l'intervention
- contribuer à définir les contours d'une stratégie « de troisième génération » sur la base des observations faites pendant l'évaluation
- dégager les modalités opérationnelles d'un saut d'échelle

Les informations ont été recueillies par les évaluateurs externes sur base de 4 méthodes différentes:

1. L'organisation de « Focus group discussion », une technique principalement utilisée pour obtenir des données qualitatives auprès de groupes de consommateurs. Pour cette évaluation, 4 types de groupe ont été réunis dans 4 woredas entre le 27 juillet et le 10 août 2009 :
 - des patients tuberculeux
 - des membres influents de la communauté
 - du personnel de santé impliqué dans la lutte contre la TBC
 - des volontaires communautaires

Des enquêteurs professionnels ont posé des questions bien définies afin d'obtenir une idée fiable des opinions en vigueur dans les différents groupes.

2. L'analyse de documents : Les consultants ont eu l'occasion de se familiariser avec un nombre de documents relatifs au projet, fournis par Inter Aide en format électronique. Les consultants avaient également préparé un ensemble de tableaux sur les aspects

épidémiologiques et opérationnels du projet, en demandant à Inter Aide de les remplir par année et par woreda. Ces tableaux ont été remplis par le personnel du projet en Ethiopie et ensuite remis aux consultants lors de leur arrivée à Sodo.

3. Des entretiens avec des informateurs clé a tous les niveaux su système de santé: du ministère de la santé aux communautés.
4. Un ensemble de visites sur le terrain : les consultants ont visité le secteur couvert par le projet du 26 août au 4 septembre 2009. Ils ont rencontré le bureau régional de la santé, le bureau de la santé au niveau de la zone, le bureau d'Inter Aide à Sodo ainsi que 4 woredas couverts par le projet et 1 woreda non couvert.

En abordant le présent rapport, il faut tenir compte de certaines limitations de la mission d'évaluation :

- Puisque les données épidémiologiques et opérationnelles demandées par les consultants n'ont été transmises qu'à Sodo, il n'a pas été possible de les prendre en compte lors de la préparation de la visite d'évaluation.
- Le choix des woredas visités n'a pas permis d'apprécier toute l'ampleur du projet. Les 4 woredas couverts par le projet étaient trop similaires, tandis que le woreda non couvert n'était pas représentatif. Il aurait été plus judicieux d'inclure Loma et un woreda non couvert dans la zone du Dawro.
- Il n'a pas été possible de mesurer la contribution spécifique d'Inter Aide en termes quantitatifs car :
 - Des données de référence sur la période précédant l'intervention du projet n'étaient pas disponibles.
 - Les données épidémiologiques et opérationnelles quantifiées, reprises dans le rapport, ont été générées par les services de santé gouvernementaux, et non par le projet. Il n'a pas été possible d'isoler la contribution spécifique du projet aux performances des services de santé de base.
 - Les contributions spécifiques d'Inter Aide se situent principalement au niveau des mécanismes ou des processus. Cependant, l'organisation n'a pas vraiment défini d'indicateurs objectivement vérifiables sur ces mécanismes. Du coup, il était difficile pour les consultants d'évaluer si les réalisations du projet correspondaient aux résultats attendus.

Résultats de l'évaluation (observations, analyse, discussion et recommandations)

Les informations recueillies et les observations faites par le biais des 4 méthodes décrites, ainsi que leur analyse, les conclusions tirées par les consultants et les recommandations proposées ont été organisées en fonction des questions spécifiques posées par Inter Aide dans les Termes de Référence de l'évaluation. Cette approche a permis d'inclure toutes les données pertinentes et couvrir l'ensemble des aspects de la lutte contre la TBC et de l'appui apporté par Inter Aide.

L'évaluation démontre qu'Inter Aide soutient les woredas de façon efficace et fort appréciée. Le personnel du projet est bien intégré et la collaboration avec les services de santé gouvernementaux est excellente. Tout le personnel, aussi bien du projet que gouvernemental, est très motivé. Les facilitateurs de terrain d'Inter Aide, ensemble avec les « health extension workers (HEW) » affectés aux postes de santé au niveau des kebeles, assurent une couverture effective de la communauté. Ils travaillent en étroite collaboration avec de nombreux volontaires communautaires qui sont très engagés.

Impact sur la latence de la période de pré-diagnostic (PPD)

De 2006 à 2009, la latence PPD a été réduite de 50% (cfr figure 1). A l'heure actuelle, plus de la moitié des personnes suspectes se présentent au service de santé dans un délai inférieur à un mois après la première apparition de symptômes. En même temps, un changement important dans les perceptions de la population au sujet de la TBC a eu lieu. Les membres de la communauté attestent que la maladie est mieux connue, que le stigma a fortement diminué, voire même disparu, et que les gens présentant des symptômes se rendent plus facilement au service de santé.

Il n'est pas possible d'affirmer avec certitude que la réduction de la latence PPD soit le résultat des efforts d'Inter Aide. D'autres changements importants dans l'organisation des services de santé généraux se sont produits pendant la même période : décentralisation du service, affectation de nombreux HEW, mobilisation de nombreux volontaires communautaires. Toutefois, dans les woredas du projet, la population attribue clairement le changement des mentalités aux efforts, très appréciés d'ailleurs, du personnel d'Inter Aide, qui font des visites à domicile, identifient les suspects de la TBC et les stimulent à se rendre au centre de santé.

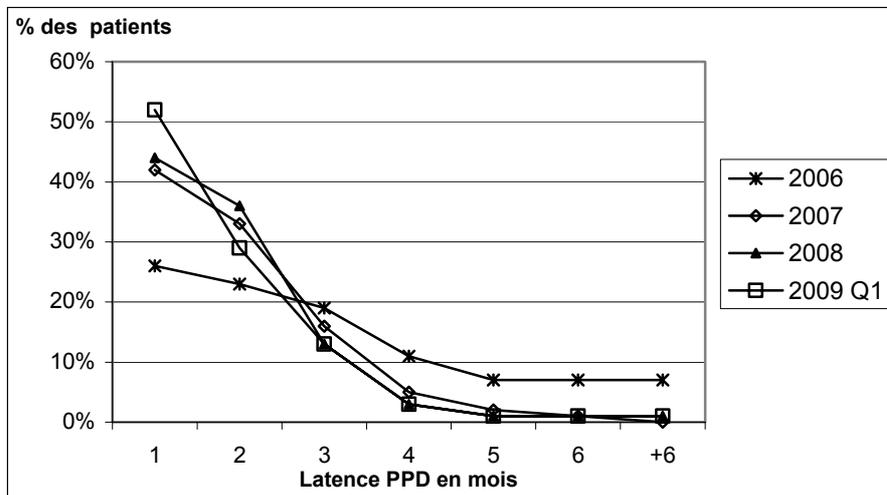


Figure 1. La latence de la période de pré-diagnostic (PPD)

Il n'apparaît pas réaliste de vouloir mesurer l'impact économique de la réduction de la latence PPD. Des données permettant de quantifier le gain économique suite au diagnostic et traitement précoce de la TBC sont difficiles à obtenir. Les rapports épidémiologiques démontrent que la TBC frappe de préférence les groupes d'âge les plus actifs économiquement (cfr figure 2) et les « focus group discussions » conduits auprès des patients ont montré que la TBC est perçue comme une cause importante de pertes économiques.

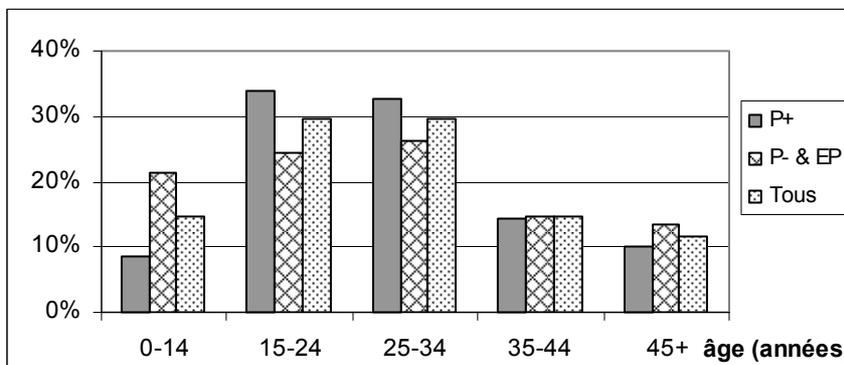


Figure 2. Distribution selon l'âge des patients tuberculeux en fonction du type de TBC, dans les woredas du projet 2003-2008

Impact sur la qualité des services de santé de base

Les patients eux-mêmes se déclarent satisfaits de la qualité des services fournis par les structures de santé de base. Le diagnostic, le traitement et la prise en charge des patients, dès qu'ils se sont présentés au centre de santé, se déroulent de façon satisfaisante. Le délai du diagnostic au sein des services de santé est minimal (environ 3 jours en moyenne). Le problème de l'infection VIH en association avec la TBC reçoit suffisamment d'attention. Les médicaments antituberculeux sont disponibles partout, sans interruption d'approvisionnement.

Quelques observations relatives au diagnostic méritent d'être mentionnées :

- Une proportion très élevée parmi les personnes suspectes (>50% des personnes examinées) est diagnostiquée avec la TBC (cft tableau 1), ce qui peut s'expliquer soit par des critères de référence trop restrictifs, soit par des critères de diagnostic trop larges.

Tableau 1. Le diagnostic de la TBC parmi les suspects identifiés, les suspects référés et les suspects examinés dans les woredas du projet dans la zone du Welayta et Loma Woreda dans la zone du Dawro, 2003-2008

	Suspects identifiés	Suspects référés		Suspects examinés			Diagnostic de la TBC (tous les cas)			
		n	% des identifiés	n	% des identifiés	% des référés	n	% des identifiés	% des référés	% des examinés
2003	3345	2121	63,4%				797	23,8%	37,6%	
2004	3128	2221	71,0%				1026	32,8%	46,2%	
2005	2565	2075	80,9%				1032	40,2%	49,7%	
2006	4068	3355	82,5%				1391	34,2%	41,5%	
2007	4526	3781	83,5%	2921	64,5%	77,3%	1499	33,1%	39,6%	51,3%
2008	4670	4270	91,4%	3443	73,7%	80,6%	1819	39,0%	42,6%	52,8%
	22302	17823	79,9%	6364	69,2%	79,0%	7564	33,9%	42,4%	52,1%

- La proportion de cas pulmonaires aux crachats positifs parmi la totalité des cas diagnostiqués est en diminution (cfr tableau 2).

Tableau 2. Les cas de TBC diagnostiqués dans les woredas du projet dans la zone du Welayta et Loma Woreda dans la zone du Dawro, 2003-2008, en fonction du type de TBC

	Nouveaux P+		Nouveaux P-		Nouveaux EP		Tous les cas nouveaux
	n	%	n	%	n	%	
2003	836	57,9%	359	24,9%	248	17,2%	1443
2004	901	60,5%	271	18,2%	317	21,3%	1489
2005	803	61,3%	331	25,3%	175	13,4%	1309
2006	886	56,9%	386	24,8%	284	18,3%	1556
2007	959	54,9%	438	25,1%	351	20,1%	1748
2008	1016	46,5%	687	31,4%	483	22,1%	2186

- Un nombre de points faibles peut être observé dans certains des laboratoires visités. Les connaissances et les compétences des techniciens sont très variables. Un système d'Assurance de Qualité Externe est en place mais manque de rigueur, ce qui soulève la question de la fiabilité des résultats des laboratoires.
- Le diagnostic de la TBC P- et EP n'est pas vérifié. L'expérience clinique au niveau des centres de santé est limitée, la supervision médico-technique régulière manque et l'expertise technique est insuffisante, aussi bien au sein des services de santé de base que du projet. D'ailleurs, le manque de formation a été mentionné par toutes les personnes interrogées à tous les niveaux, ce qui s'est avéré manifestement lors de la visite du terrain.

Les plaintes des utilisateurs concernant les services de santé ne sont pas liées à la qualité des soins mais se situent surtout au niveau de l'accessibilité. Pratiquement toutes les suggestions faites par les patients l'amélioration des services concernaient leur décentralisation. Conscient de ce problème, Inter Aide a tenté d'amener le diagnostic plus proche de la communauté, en introduisant un système de collecte de crachats périphérique. Ce système marche bien, bien qu'il y ait moyen de rendre les procédures plus efficaces. Il est très apprécié, aussi bien par le personnel que les patients. L'étape logique suivante serait la décentralisation du traitement observé directement (DOT) au niveau des postes de santé où les HEW pourraient observer l'administration quotidienne des médicaments.

Tous les informateurs à tous les niveaux s'entendent pour dire que l'appui apporté par Inter Aide représente une réelle valeur ajoutée à la lutte contre la TBC dans le Welayta, notamment par la contribution du projet à la conscientisation des communautés, au dépistage des cas, au succès des traitements et à la qualité de la gestion des données. La plupart des patients attribuent d'ailleurs le fait d'être diagnostiqué avec la TBC, d'être traité de façon appropriée et guéri comme étant une résultante du projet d'Inter Aide. Les membres des communautés, les volontaires et le personnel de santé pensent tous que l'impact du projet sur la prise de conscience des communautés sera durable.

Si l'information qualitative recueillie par les consultants démontre clairement la valeur ajoutée du projet, celle-ci n'est cependant pas quantifiable. Il s'agit là d'un point important à ne pas perdre de vue lors des discussions sur l'élaboration d'un projet de troisième génération.

Impact sur le dépistage

En 2001, avant le démarrage du projet de deuxième génération, le TNC globale (tous les cas de TBC) dans la zone de Welayta était de 70 par 100.000 habitants. Ce taux s'est amélioré jusqu'à 120/100.000 en 2003 et 157/100.000 en 2007. En analysant les chiffres de plus près, il s'avère que cette augmentation est attribuable quasi exclusivement à l'augmentation du dépistage des cas P- et EP. De 2003 à 2008, le TNC des cas P+ a augmenté de seulement 6%, passant de 69/100.000 à 73/100.000.

Toutefois, ce dernier taux est nettement supérieur au taux de notification global du pays (46/100,000 en 2007), mais reste bien inférieur aux estimations pour l'Ethiopie avancées par l'Organisation Mondiale de la Santé (163/100.000). Il est possible que cette estimation est trop élevée, et qu'elle soit ajustée après l'enquête de prévalence national qui aura lieu en 2010. Aussi, les évaluateurs pensent que l'idée de concentrer le dépistage sur des sites à forte prévalence par le biais de données cartographiques n'en vaut pas la chandelle.

	Population	New P+		New P-	New EP	other	all cases	
		n	CNR	n	n	n	n	CNR
2003	1.148.253	787	68,5	356	220	19	1.382	120,4
2004	1.181.552	857	72,5	267	256	43	1.423	120,4
2005	1.215.817	747	61,4	320	128	35	1.230	101,2
2006	1.251.076	828	66,2	369	233	43	1.473	117,7
2007	1.287.357	914	71	425	279	59	1.677	130,3
2008	1.324.691	965	72,8	652	413	52	2.082	157,2

Impact sur les résultats thérapeutiques

Les résultats thérapeutiques dans les woredas couverts par le projet (cfr tableau 4) sont excellents. Le taux de succès dépasse 90%, aussi bien pour les nouveaux cas que les cas retraités. Le taux d'abandon est extrêmement bas. Il s'agit là d'une des réussites les plus importantes du projet, surtout en tenant compte des conditions géographiques et climatiques difficiles, de la condition des routes et de la précarité du milieu. En même temps, le taux d'échec thérapeutique très bas laisse supposer qu'il n'y a pas (ou très peu) de pharmacorésistance dans la zone concernée, ce qui suggère que les traitements anti-tuberculeux sont prescrits correctement et administrés régulièrement à tous les patients. Le taux de mortalité est relativement faible: 3,6% pour les nouveaux cas et 6,8% pour les cas retraités, suggérant un diagnostic précoce. Le seul point problématique est lié au faible taux de guérison à Loma, qui au regard du taux de succès très élevé, laisse à penser qu'il y a un problème de suivi bactériologique à Loma.

Tableau 4. Résultat du traitement des nouveaux cas P+ et des cas P+ retraités dans les woredas du projet de la zone du Welayta et à Loma 2003-2007

		Guérison	Traitement achevé	Succès du traitement	Décès	Echec	Abandon	Transfert parti	Total
Nouveaux cas P+ (woredas du projet à Welayta)	n	3.551	259	3.810	149	15	9	115	4.098
	%	86,70%	6,30%	93,00%	3,60%	0,40%	0,20%	2,80%	
Nouveaux cas P+ (Loma, zone de Dawro)	n	154	89	243	6	0	0	3	252
	%	61,10%	35,30%	96,40%	2,40%	0,00%	0,00%	1,20%	
Cas P+ retraités (woredas du projet à + Loma)	n	167	6	173	13	0	0	6	192
	%	87,00%	3,10%	90,10%	6,80%	0,00%	0,00%	3,10%	

Suggestions concernant le projet de troisième génération

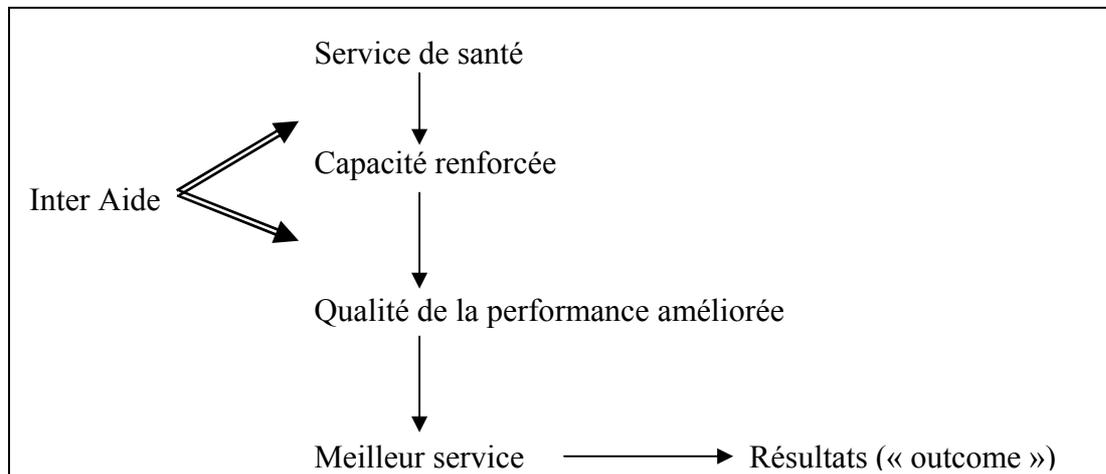
Le projet de troisième génération devrait permettre un saut d'échelle, aussi bien dans la couverture géographique que les lignes de force opérationnelles. En effet, les autorités de santé régionales et zonales ont suggéré que l'appui d'Inter Aide couvre plus de woredas dans plus de zones. Tenant compte des résultats de la présente évaluation, ce projet de troisième génération devrait inclure une composante importante de renforcement des compétences au niveau des woredas, des centres de santé, des postes de santé et des communautés. Ce renforcement devrait se concentrer sur l'identification appropriée des suspects, les procédures de laboratoire, le diagnostic des cas P- et EP, la gestion des données, la gestion des médicaments et la méthodologie de la supervision. La formation devrait être complétée par du support technique.

D'autres accents opérationnels additionnels du projet de troisième génération pourraient se situer au niveau de l'examen des expectorations (renforcement de l'infrastructure laboratoire, décentralisation des services de diagnostic), de la décentralisation du traitement DOT (administration de la phase intensive au poste de santé) et de l'éducation à la santé (des affiches dans la langue locale, des brochures pour les volontaires et les patients et du matériel de promotion de la santé). En même temps, le projet devrait créer une interface entre le projet et les services gouvernementaux, entrer en contact avec le Global Fund et améliorer la visibilité d'Inter Aide au niveau national.

En planifiant le saut d'échelle de la couverture géographique, Inter Aide doit prendre en considération sa propre capacité, afin d'éviter de trop s'étendre, ce qui résulterait dans une

couverture inefficace. Dans un premier temps, le projet de troisième génération pourrait démarrer par une phase initiale dans la zone de Dawro en 2010-2011 (tout en continuant un appui dans les woredas du Welayta afin de vérifier si le niveau de performance du projet de deuxième génération reste maintenu). Pendant cette phase initiale, il sera possible de comparer Loma (woreda déjà couvert par le cycle actuel du projet) aux autres woredas, où les résultats de la lutte contre la TBC actuels sont nettement inférieurs.

Toutefois, pour mesurer l'impact du projet, il faudra garder en tête de ne pas se limiter aux rapports épidémiologiques et opérationnels des woredas qui fournissent les données quantitatives générées par les activités des services de santé de base, et non du projet. Indirectement, ces résultats pourraient être considérés comme une réflexion de l'apport d'Inter Aide, mais ils ne permettent pas de mettre clairement en évidence la contribution spécifique du projet. Les données fournies sont le résultat des activités de lutte contre la TBC (le « outcome » en anglais : voir schéma) mais l'apport d'Inter Aide se situe au niveau du processus d'amélioration de la qualité de la performance des services de santé. Les données de l'« outcome », générées par les services de santé de base, sont inappropriées pour démontrer la valeur ajoutée, ou son absence, produite par l'intervention d'Inter Aide.



Afin d'évaluer correctement la contribution d'Inter Aide, il est nécessaire de se concentrer sur les activités spécifiques du projet. Les indicateurs appropriés seront donc les indicateurs mesurant le processus. Ceci est une recommandation très importante à prendre en considération lors de la planification du projet de troisième génération. Ce projet ne génèrera pas ses propres « outcomes ». Ainsi, il est essentiel que des indicateurs de processus appropriés soient définis avant le démarrage du projet. De préférence, il faut essayer d'inclure un maximum d'indicateurs quantifiés aux objectifs objectivement vérifiables. Ceci évitera d'éventuelles déceptions à l'avenir.