

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

**PLAN DE SUIVI-EVALUATION DE LA LUTTE
CONTRE LE PALUDISME AU CAMEROUN**

2014-2018

Août 2015

**PLAN DE SUIVI ET EVALUATION DE LA
LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU
CAMEROUN
2014 – 2018**

AVANT – PROPOS

Le Gouvernement du Cameroun a fait de la lutte contre le paludisme une priorité. Pour définir un cadre approprié à la lutte contre cette maladie, le Programme National de Lutte contre le Paludisme, appuyé par ses partenaires financiers et techniques, élabore des plans stratégiques nationaux quinquennaux de lutte contre le paludisme. Le plan stratégique national 2014-2018 (de quatrième génération) vise la mise en œuvre de stratégies susceptibles de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population par la réduction du fardeau humain et socio-économique dû au paludisme. Cela nécessite la mise en place d'un système performant de suivi et évaluation susceptible d'assurer une collecte continue des données de qualité. L'analyse de ces données permettra de suivre les avancées et les goulots d'étranglement, fournir aux décideurs des informations adéquates et stratégiques pour une prise de décision.

Le présent plan de suivi et évaluation est le fruit d'un consensus de toutes les parties prenantes de la lutte contre le paludisme au Cameroun et vise à assurer un suivi harmonieux des progrès réalisés dans la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme ainsi que l'évaluation des résultats obtenus.

Nous tenons à remercier particulièrement tous les partenaires techniques et financiers, ainsi que toutes les personnes ressources qui ont rendu possibles l'élaboration et la production de ce document. Que tous veillent bien trouver ici l'expression de profonde gratitude.

Dr Etienne FONDJO

Secrétaire Permanent du Programme National de Lutte contre le Paludisme

TABLE DES MATIERES

Contenu

| | |
|---|-----------|
| AVANT – PROPOS | 3 |
| TABLE DES MATIERES | 4 |
| LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES | 6 |
| LISTE DES ABBREVIATIONS | 7 |
| 1. INTRODUCTION | 8 |
| 2. DESCRIPTION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2014-2018 | 9 |
| 2.1 Contexte et justification | 9 |
| 2.2 But et Objectifs du Plan Stratégique National | 9 |
| 3. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION AU CAMEROUN | 11 |
| 3.1 DESCRIPTION DU SNIS | 11 |
| 3.2 ETAT DES LIEUX DU SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION DU PNLN | 12 |
| 4. BUT ET OBJECTIFS DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION | 13 |
| 4.1 But | 13 |
| 4.2 Objectif Général | 13 |
| 4.3 Objectifs spécifiques | 13 |
| 5. CADRES DE SUIVI ET EVALUATION | 14 |
| 5.1. Cadre logique | 14 |
| 5.2 Cadre des résultats | 14 |
| 6. DESCRIPTION DES INDICATEURS | 16 |
| 6.1 Sélection des indicateurs | 16 |
| 6.2 Liste et Description des indicateurs | 16 |
| 7. CADRE DE PERFORMANCE | 23 |
| 7.1 Introduction | 23 |
| 7.2 Indicateurs et Niveau de performance | 23 |
| 8. PROCEDURES OPERATIONNELLES DU SUIVI ET EVALUATION DU PROGRAMME..... | 28 |
| 8.1 Collecte des données | 28 |
| 8.2 Compilation et analyse des données | 29 |
| 8.3 Validation des données..... | 29 |
| 8.4 Transmission des données | 29 |
| 8.5 Gestion des données..... | 32 |
| 8.6 Rôle de différents acteurs dans la gestion des données..... | 33 |
| 8.7 Supervision | 33 |

| | |
|--|-----------|
| 8.8 Assurance qualité des données..... | 37 |
| 9. COORDINATION DU SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION | 38 |
| 9.1. Mécanisme de coordination et de suivi des interventions..... | 38 |
| Au niveau central | 38 |
| Au niveau régional, district et aires de santé..... | 38 |
| 10. COMPOSANTES DE SUIVI DU PROGRAMME..... | 39 |
| 10.1 Le système de suivi communautaire | 39 |
| 10.2 Le système national d'information sanitaire..... | 39 |
| 10.3 Le système de surveillance sentinelle..... | 40 |
| 10.4 La pharmacovigilance des médicaments antipaludiques | 40 |
| 10.5 Le système d'information sur la gestion des intrants antipaludiques | 40 |
| 11. EVALUATION DU PROGRAMME..... | 41 |
| 12. DIFFUSION ET UTILISATION DES DONNEES | 41 |
| 12.1 Diffusion des données | 41 |
| 12.2 Utilisation des données..... | 42 |
| 13. RENFORCEMENT DES CAPACITES | 42 |
| 14. PLAN DE MISE EN ŒUVRE ET BUDGET | 43 |
| ANNEXES | 48 |
| ANNEXE 1 : FICHES DE REFERENCE DES INDICATEURS | 49 |
| ANNEXE 2 : OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES | 70 |
| BIBLIOGRAPHIE | 76 |
| LISTE DES PARTICIPANTS DE L'ATELIER DE VALIDATION DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION..... | 77 |

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau 1 a : Liste et description des indicateurs d'impact | 20 |
| Tableau 1 b : Liste et description des indicateurs d'effet | 22 |
| Tableau 1 c : Liste et description des indicateurs des résultats | 25 |
| Tableau 2 : Indicateurs, valeurs de base et cibles | 28 |
| Tableau 3 : Délai de transmission des rapports à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays | 38 |
| Tableau 4 : Canaux et cadres de concertation pour la diffusion de l'information | 54 |
| Tableau 5 : Plan de travail budgétisé | 55 |

Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Modèle logique de suivi et évaluation du PNLN | 17 |
| Figure 2 : Cadre des résultats | 18 |
| Figure 3 : Circuit de transmission des données | 40 |
| Figure 4 : Chaîne de supervision | 44 |
| Figure 5 : Processus de supervision et de réunion de coordination | 47 |

LISTE DES ABBREVIATIONS

| | |
|----------|--|
| ACT | Artemisinin-based Combination Therapy |
| CAPR | Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional |
| CBS | Chef Bureau Santé |
| CIS | Cellule des Informations Sanitaires |
| CNRBM | Comité National Roll Back Malaria |
| COSA | Comité de Santé |
| CSI | Centre de Santé Intégré |
| CDS | Chef de District de Santé |
| DLMEP | Direction de la Lutte contre la Maladie, Epidémies et Pandémies |
| DPML | Direction de la Pharmacie, Médicaments et laboratoire |
| DRSP | Délégation Régionale de la Santé Publique |
| DS | District de Santé |
| DVD | Digital Vidéo Disc |
| EDS | Enquête de Démographie et de Santé |
| EFS | Enquête des Formations Sanitaires |
| FS | Formation sanitaire |
| GTACQ | Groupe technique d'assurance et de contrôle de la qualité des données |
| GTC | Groupe Technique Central |
| IEC | Information, Education et Communication |
| INS | Institut National de la Statistique |
| MICS | Multiple Indicators Clusters Survey |
| MILDA | Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action |
| MINSANTE | Ministère de la Santé Publique |
| MIS | Malaria Indicators Survey |
| OBC | Organisation à Base Communautaire |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OSC | Organisation de la Société Civile |
| PNLP | Programme National de Lutte Contre le Paludisme |
| PSNLP | Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme |
| PUM | Programme Unit Manager |
| SE | Suivi et Evaluation |
| SNIS | Système National d'Informations Sanitaires |
| SP | Secrétaire Permanent |
| SSD | Service de Santé de District |
| SSE | Surveillance, Suivi et Evaluation |
| STBPFM | Secrétariat Technique du Bénéficiaire Principal des projets du Fonds Mondial |
| TDR | Test de Diagnostic Rapide |
| TPI | Traitement Préventif Intermittent |
| URLP | Unité Régionale de Lutte contre le Paludisme |
| USAID | United States Aid for International Development |

1. INTRODUCTION

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique au Cameroun car il représente 28,7% des consultations toutes causes confondues et 49,8% de toutes les hospitalisations en 2013. Il est responsable de 22% des décès survenant dans les formations sanitaires du pays. Chez les enfants de moins de 5 ans, 45% des décès sont liés au paludisme (PNLP 2013).

Face à cette situation, le Gouvernement du Cameroun a fait de la lutte contre le paludisme une priorité. A cet effet un plan stratégique national de Lutte contre le Paludisme 2014-2018 a été élaboré pour adresser une réponse adéquate afin de réduire le fardeau humain et socio-économique dû à cette maladie. Ce plan est de quatrième génération et est le produit de l'évaluation à mi-parcours du précédent (2011-2015).

Le Plan Stratégique national de Lutte contre le Paludisme 2014-2018 s'inscrit dans la dynamique de l'action gouvernementale, qui prône la bonne gouvernance et la gestion axée sur les résultats. Il met l'accent sur les interventions à haut impact. En outre, la mise en œuvre de ce plan vise la réalisation des engagements pris par le Cameroun relatifs aux orientations internationales, notamment dans le cadre de l'initiative Roll Back Malaria et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement 4, 5 et 6.

La mise en œuvre du plan stratégique national de Lutte contre le Paludisme 2014-2018 nécessite l'élaboration d'un plan de suivi et évaluation pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre et évaluer les résultats atteints. Ce plan de suivi et évaluation décrit les grandes lignes d'un système performant de mesure des indicateurs afin de relever le défi de rendre disponible et à temps opportun les informations sur le déroulement des activités et leur efficacité. Ceci permettra de suivre les interventions et répondre aux obligations de rendre compte non seulement aux décideurs mais aussi aux bénéficiaires. Ainsi la qualité de l'information fournie sur l'évolution du paludisme devra être améliorée par un système de suivi et évaluation commun, complet et intégré.

2. DESCRIPTION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2014-2018

2.1 Contexte et justification

La revue externe du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme 2011-2015 a révélé une amélioration des scores d'un certain nombre d'indicateurs en matière de prévention, de prise en charge des cas, de coordination et de gestion des interventions de lutte contre le paludisme au Cameroun mais le paludisme demeure encore un problème majeur de santé publique car il représente 28,7% des consultations toutes causes confondues et 49,8% de toutes les hospitalisations en 2013. Il est la cause de 22% des décès survenant dans les formations sanitaires du pays. Chez les enfants de moins de 5 ans, 45 % des décès sont liés au paludisme (PNLP 2013,).

Aussi, afin d'améliorer la qualité de la réponse gouvernementale face à cette maladie, le plan stratégique National de 4^e génération 2014-2018 a été élaboré.

2.2 But et Objectifs du Plan Stratégique National

2.2.1 But

Le but du Plan Stratégique National est de contribuer à l'amélioration de la santé des populations du Cameroun par la réduction du poids de la maladie et du fardeau socioéconomique dû au paludisme.

2.2.2 Objectifs

➤ Objectif Général

Réduire de 75 % d'ici à 2018, la mortalité et la morbidité dues au paludisme par rapport à la situation de 2000.

➤ Objectifs spécifiques

Prévention

- Amener au moins 80% de la population à dormir sous la Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'Action ;
- Protéger au moins 80% des populations à risque des zones cibles avec les PID d'insecticides à effet rémanent ;
- Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le Traitement Préventif Intermittent conformément aux directives nationales ;
- Protéger au moins 80% des enfants de 03 à 59 mois dans les zones ciblées par la chimio prévention saisonnière du paludisme.

Prise en charge des cas

- Tester au moins 80 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires et dans la communauté par la goutte épaisse ou le Test de Diagnostic Rapide ;
- Traiter 100% des cas de paludisme confirmés, conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté ;
- Rendre disponible de façon permanente les intrants antipaludiques dans 100% des structures sanitaires et dans la communauté.

Gestion du programme

- Mobiliser au moins 80% des fonds nécessaires pour la mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme 2014-2018 ;
- Exécuter au moins 80% des ressources mobilisées à tous les niveaux du système de santé ;
- Réaliser au moins 80% des activités programmées à tous les niveaux du système de santé.

Suivi-Evaluation, surveillance épidémiologique et riposte

- Amener au moins 80% des intervenants : formations sanitaires (FS), agents de santé communautaire (ASC), à transmettre à temps des données de qualité sur la lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales ;
- Amener au moins 80% des intervenants à prendre des décisions sur la base des données collectées;
- Renseigner au moins 95% des indicateurs de lutte contre le paludisme ;
- Détecter précocement 100% des épidémies et situations d'urgence ;
- Contrôler 100% d'épidémies et situations d'urgence du paludisme dans les deux semaines suivant leur détection.

Communication pour le Développement

- Amener au moins 80% des leaders/décideurs répertoriés, de tous ordres (politique, religieux, traditionnel, culturel, etc.) à poser des actes en faveur de la lutte contre le paludisme ;
- Amener 80 % des partenaires formels répertoriés, tant nationaux qu'internationaux à s'impliquer dans la lutte contre le paludisme au Cameroun ;
- Amener 80 % des organisations de la société civile (OSC) et groupes communautaires répertoriés à s'impliquer dans la lutte contre le paludisme ;
- Amener au moins 80 % des communautés à s'approprier et utiliser les interventions de lutte contre le paludisme ;
- Amener au moins 80% des prestataires des formations sanitaires à offrir les prestations subventionnées et/ou gratuites dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

Formation et recherche opérationnelle

- Amener au moins 80% des professionnels de santé et 100% des acteurs communautaires et professionnels des médias ciblés à mettre en œuvre les activités de lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales ;
- Renseigner au moins 80% des indicateurs à travers les résultats probants issus de la recherche opérationnelle.

3. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION AU CAMEROUN

3.1 DESCRIPTION DU SNIS

Le Système National d'Informations Sanitaires (SNIS) est un ensemble de structures, d'institutions, de personnes, de procédures, méthodes et de matériels, organisé dans le but de fournir l'information fiable en temps opportun et sous la forme appropriée. Il vise à fournir aux décideurs un outil d'aide à la prise de décision, fournir l'information à tous les acteurs et utilisateurs du système de santé, soutenir le processus de planification, de gestion et d'évaluation des programmes et des services de santé, soutenir la recherche et les échanges internationaux.

L'organisation structurelle du SNIS est calquée sur celle du système de santé, c'est-à-dire un système à trois niveaux voir quatre : le niveau central ou stratégique, le niveau intermédiaire ou régional, le niveau opérationnel ou périphérique et le niveau communautaire.

Dans son état actuel, le SNIS dénombre plusieurs sous systèmes d'informations parallèles s'appuyant sur la structure sus évoquée. Il s'agit du système d'information de routine des structures de santé, système d'information pour la surveillance épidémiologique, système d'information des Programmes Nationaux de Santé et du système d'information pour l'administration et la gestion des ressources.

Les outils de gestion des informations sanitaires sont à la fois physiques et numériques ou informatiques. Il s'agit des outils de collecte, d'analyse et de transmission des données. Ils varient d'un niveau à l'autre : au niveau communautaire, les Agents de Santé communautaires (ASC) disposent de registres et fiches de statistiques pour la collecte des données dans la communauté ; les formations sanitaires disposent de registres, formulaires et fiches de rapports périodiques ; les niveaux de Service de Santé de District et Régional disposent de différentes applications de synthèse des données, des bases de données et des cartes.

La Cellule des Informations Sanitaires est la structure centrale de consolidation des informations sanitaires produites par le SNIS. Elle coordonne la validation et la diffusion des données au niveau central. Elle dispose également de différentes applications de synthèse des données en provenance des régions ainsi que des bases de données.

La Sous-direction de la lutte contre les Maladies et Pandémies qui coordonne au plan national les activités de la surveillance épidémiologique dispose d'une application de synthèse nationale des données de surveillance épidémiologique en provenance des régions et districts de santé.

Les différents acteurs du SNIS sont responsables de la production et la gestion des statistiques sanitaires à leur niveau.

3.2 ETAT DES LIEUX DU SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION DU PNLP

Les activités de suivi et évaluation sont exécutées par le PNLP en collaboration avec la Cellule des Informations Sanitaires (CIS) et la Direction de la Lutte contre la Maladie, des Epidémies et Pandémies. Le système de suivi et évaluation du MINSANTE connaît des insuffisances qui ont des conséquences sur la mise en œuvre des interventions à tous les niveaux. Ces insuffisances constituent donc un handicap pour la mise à disposition des données, des informations fiables ainsi que les indicateurs pour une prise de décision correcte.

Le Système National d'informations sanitaires (SNIS) vise à mettre en place, à travers un cadre cohérent combinant structures de coordination et paquet d'outils harmonisés d'aide au management, des conditions propres à garantir en permanence la disponibilité de l'information sanitaire de qualité et son utilisation effective dans la prise de décisions.

Des évaluations, revues et supervisions ont identifié des faiblesses à plusieurs niveaux :

- Au niveau institutionnel

En politique et planification : La législation du pays n'est pas à jour et n'offre pas de cadre formel d'information sanitaire. L'Institut National de la Statistique (INS), le Bureau Central des Recensements et Etudes des Populations (BUCREP) et le MINSANTE examinent les possibilités de mise en place de mécanismes de coordination pour formaliser une collaboration déjà assez avancée.

- Au niveau des ressources humaines et du financement :

- Le MINSANTE dispose de très peu de compétences spécialisées dans les sciences liées à l'information sanitaire notamment l'épidémiologie, la démographie, l'informatique et le système d'information. Au niveau du District, des postes à temps plein y relatifs existent mais ne sont pas valorisés

- Insuffisance en qualité et quantité des Ressources humaines : non valorisation du personnel et du travail de production de l'information sanitaire.

- Insuffisance de financement pour les activités de suivi évaluation.

- Au niveau des infrastructures et équipements

On dénote une vétusté des infrastructures et des équipements.

- Au niveau des outils de collectes des données
- Les formulaires de collecte des données sont parfois en rupture de stocks entraînant un manque d'harmonisation des données et des problèmes de promptitude. Les ordinateurs, bien qu'assez disponibles, ont des spécifications techniques dépassées et un entretien insuffisant.
- Les supports de base des TIC (accès Internet) existent plus ou moins mais sont instables.
- Il existe une multiplicité des supports de collecte de données.

- Au niveau des sources des données

Il existe une multiplicité des sources de données avec très souvent des informations contradictoires.

- Au niveau des statistiques d'état-civil

L'enregistrement des décès est irrégulier. L'information sur les causes de décès est enregistrée mais pas systématiquement selon la Classification Internationale des Maladies.

Tous ces problèmes et insuffisances se traduisent par la faible promptitude et complétude des données à tous les niveaux et souvent l'absence d'informations et données pour certains indicateurs.

Par ailleurs l'OSDV (Onsite Data Vérification) et le RSQA (Rapid Service QualityAssessment) réalisés en 2013 dans le cadre de la lutte contre le paludisme ont relevé les insuffisances suivantes :

- Faible qualité des données collectées ;
- Existence de sources différentes de collecte des données pour un même indicateur ;
- Existence des registres mal remplis ;
- Non-respect de la politique nationale en matière de prise en charge des cas de paludisme

4. BUT ET OBJECTIFS DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION

4.1 But

Le but de ce plan est de suivre les progrès de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme au Cameroun afin d'avoir un cadre unique de suivi des interventions pour une meilleure prise de décision

4.2 Objectif Général

Evaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan stratégique National de lutte contre le paludisme 2014–2018

4.3 Objectifs spécifiques

- Suivre la mise en œuvre des activités contenues dans le plan stratégique National de lutte contre le paludisme 2014– 2018.

- Evaluer les progrès réalisés dans l'amélioration du niveau de couverture des interventions de lutte contre le paludisme.
- Mesurer l'impact épidémiologique des interventions de lutte antipaludique.
- Orienter l'allocation et l'utilisation des ressources matérielles, financières, et humaines.
- Soutenir le processus de planification à tous les niveaux du système de santé.

5. CADRES DE SUIVI ET EVALUATION

5.1. Cadre logique

Le cadre logique est le cadre fondamental d'un plan de suivi et évaluation. Il présente les ressources (intrants) nécessaires qui seront utilisées et les activités à mener (processus), de même que les résultats (effets/produits) attendus qui vont concourir à l'atteinte des objectifs et buts (impact) du programme. Il permet d'illustrer les relations linéaires qui existent entre les différentes composantes du programme:

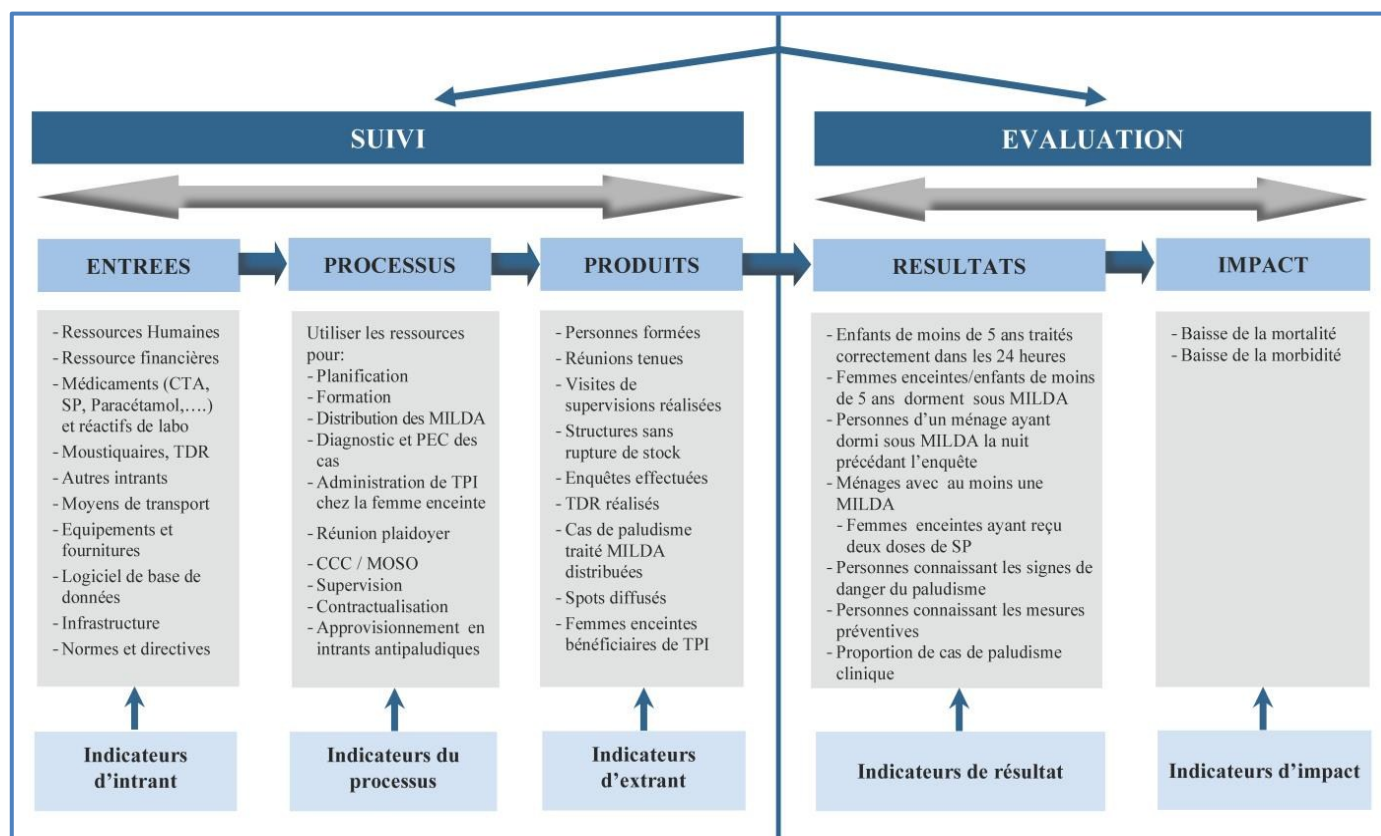
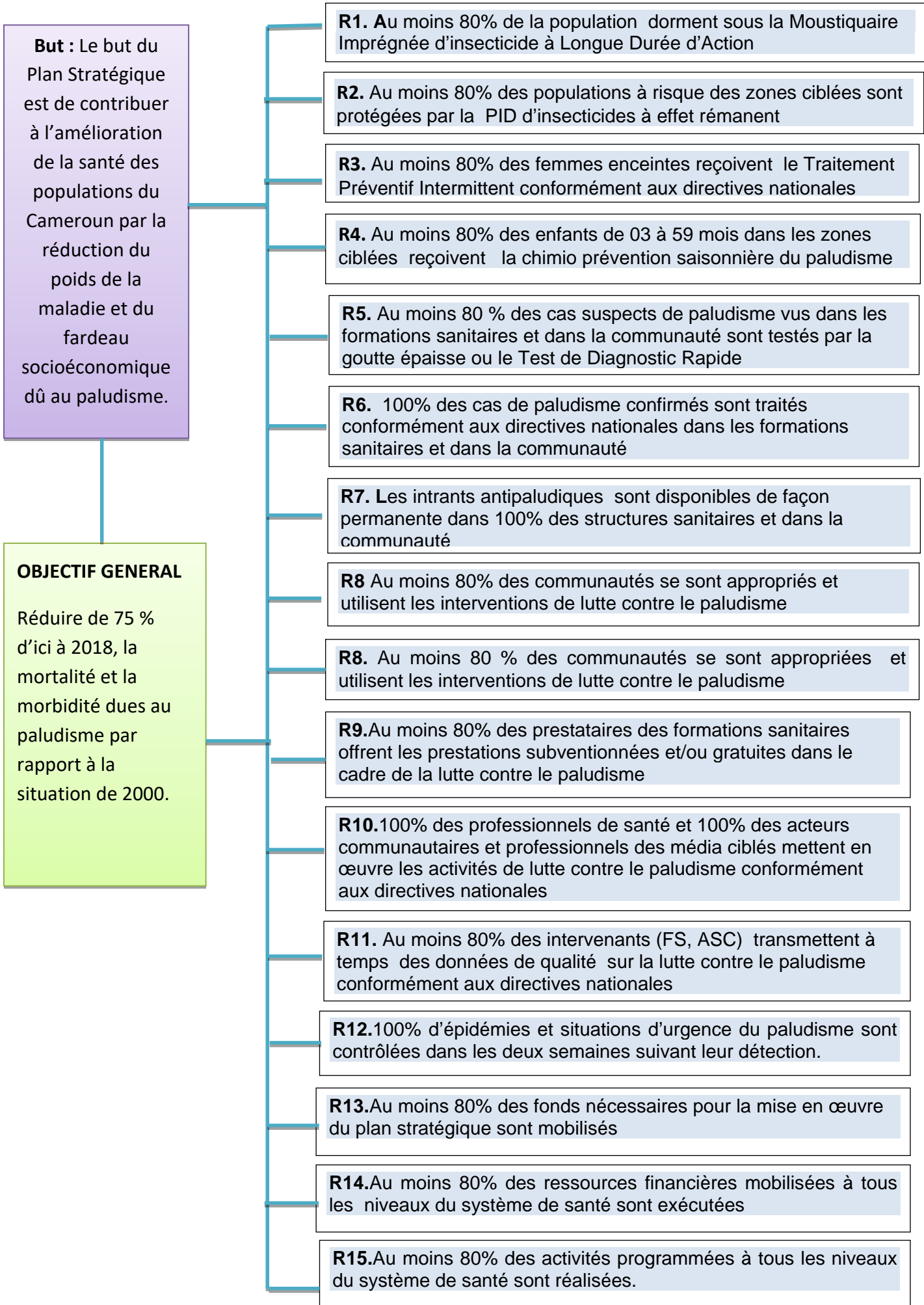


Figure 1 : Modèle logique de suivi et évaluation du PNL

5.2 Cadre des résultats

Le cadre des résultats identifie toutes les étapes d'un programme et montre les relations de causalité entre les étapes. Il donne une orientation précise sur les relations causales entre les réalisations, les résultats et l'impact du programme



6. DESCRIPTION DES INDICATEURS

6.1 Sélection des indicateurs

Le choix des indicateurs a été guidé par les besoins du PNL et les informations nécessaires à la prise des décisions tout en tenant compte des demandes externes (bailleurs des fonds et autres partenaires). Ces indicateurs ont été choisis et validés de façon consensuelle par les différents acteurs en se référant à la littérature.

6.2 Liste et Description des indicateurs

Tableau 1 a : liste et description des Indicateurs d'impact

| N° | Nom de l'indicateur | Numérateur et Dénominateur |
|----|---|---|
| 1 | Taux de mortalité toutes causes confondues chez les enfants de moins de 5 ans | Numérateur: nombre de décès toutes causes confondues chez les enfants de moins de 5 ans Dénominateur: nombre total des enfants de moins de 5 ans au cours de période enquêtée |
| 2 | Taux d'incidence du paludisme | Numérateur : Nombre de décès de paludisme confirmés par le laboratoire pour 1 000 personnes et par an Dénominateur : la population totale |
| 3 | Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6-59 mois | Numérateur: nombre d'enfants de 6 à 59 mois avec un test de diagnostic biologique du paludisme positif par la microscopie ou le TDR Dénominateur: nombre total d'enfants de 6 à 59 mois testés par la microscopie ou le TDR pour le diagnostic biologique du paludisme |
| 4 | Nombre de décès dus au paludisme confirmé pour 1000 personnes par an chez les patients hospitalisés | Numérateur : Nombre des décès dus au paludisme confirmé parmi les patients hospitalisés dans les formations sanitaires au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total des patients hospitalisés pour paludisme enregistrés dans les formations sanitaires pendant la même période |
| 5 | Taux de positivité des lames | Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés par microscopie pendant un mois/une année Dénominateur : Nombre de cas suspects de paludisme testés par microscopie pendant un mois/une année |

| N° | Nom de l'indicateur | Numérateur et Dénominateur |
|----|---|---|
| 6 | Taux de positivité des Tests Diagnostiques Rapides | <p>Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés par Tests Diagnostiques Rapides pendant un mois/une année</p> <p>Dénominateur : Nombre de cas suspects de paludisme testés par les Tests Diagnostiques Rapides pendant un mois/une année</p> |
| 7 | Taux de mortalité due au paludisme | <p>Numérateur : Nombre de décès dus au paludisme confirmé par le laboratoire pour 100 000 personnes et par an</p> <p>Dénominateur : la population</p> |
| 8 | Pourcentage des cas de paludisme parmi tous les nouveaux cas dans les formations sanitaires | <p>Numérateur : nombre total des cas de paludisme reçus dans les formations sanitaires</p> <p>Dénominateur : nombre total des cas reçus dans les formations sanitaires</p> |

Tableau 1 b : liste et description des Indicateurs d'effet

| N° | Nom de l'indicateur | Numérateur et Dénominateur |
|----|--|--|
| 1 | Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête, qui ont subi un prélèvement sanguin de test de dépistage du paludisme au doigt ou au talon | Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête, qui ont subi un prélèvement sanguin au doigt ou au talon dans le cadre d'un test de dépistage du paludisme Dénominateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu une fièvre au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête |
| 2 | Pourcentage de cas de paludisme simple confirmés qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale | Numérateur: nombre de cas de paludisme simple confirmés vus en consultation dans les formations sanitaires ou par les agents de santé communautaires qui ont reçu un traitement correct avec une ACT conformément à la politique nationale Dénominateur: nombre total de cas de paludisme simple confirmés par TDR ou microscopie |
| 3 | Proportion de personnes hospitalisées pour paludisme grave confirmé ayant reçu un traitement conformément à la politique nationale dans les établissements de soins | Numérateur: nombre de personnes admises en milieu hospitalier pour paludisme grave confirmé (TDR ou microscopie) qui ont reçu un traitement conformément à la politique nationale de traitement du paludisme grave (quinine ou artisanat injectable) Dénominateur: nombre total de personnes admises dans les établissements de soins pour paludisme grave |
| 4 | Pourcentage des personnes qui connaissent la cause, les symptômes, le traitement ou les mesures préventives en lien avec le paludisme | Numérateur : Nombre de personnes qui connaissent les causes, les symptômes, le traitement ou les mesures préventives en lien avec le paludisme Dénominateur : Nombre de personnes enquêtées |
| 5 | Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de TPI pendant leur dernière grossesse | Numérateur: nombre de femmes ayant reçu au moins trois doses de TPI pendant leur dernière grossesse menée à terme au cours des deux dernières années Dénominateur: nombre total de femmes interrogées ayant mené leur dernière grossesse à terme au cours des deux dernières années |
| 6 | Proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins trois doses de TPI au cours des CPN | Numérateur: nombre de femmes ayant reçu au moins trois doses de SP au cours de la CPN Dénominateur: nombre total de femmes reçues pour la CPN |
| 7 | Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action | Numérateur: nombre de ménages enquêtés possédant au moins une MILDA Dénominateur: nombre total de ménages enquêtés |

| | | |
|----|--|--|
| 8 | Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action pour deux personnes à risque | Numérateur : Nombre de ménages recensés possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes à risque Dénominateur : Nombre de ménages enquêtés |
| 9 | Pourcentage de personnes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action la nuit précédente | Numérateur : Nombre de personnes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédant l'enquête Dénominateur : Nombre de personnes qui ont passé la nuit précédente dans les ménages enquêtés |
| 10 | Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action la nuit précédente | Numérateur : Nombre de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédant l'enquête Dénominateur : Nombre de femmes enceintes qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans les ménages enquêtés |
| 11 | Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action la nuit précédente | Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédant l'enquête Dénominateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans les ménages enquêtés |
| 12 | Pourcentage de ménages ayant bénéficié de la pulvérisation intra domiciliaire (PID) au cours des 12 derniers mois | Numérateur : nombre de ménages qui ont bénéficié de la PID dans les zones cibles au cours des 12 derniers mois Dénominateur : nombre total de ménages dans les zones cibles au cours des 12 derniers mois |
| 13 | Pourcentage de la population des zones cibles couverte par la PID | Numérateur :nombre de personnes vivant dans des ménages ayant bénéficié de la PID au moment de la pulvérisation Dénominateur :nombre total de personnes vivant dans la zone cible au moment de la pulvérisation |
| 14 | Pourcentage des ménages équipés d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action et/ou ayant fait l'objet de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent au cours des 12 derniers mois | Numérateur : Nombre de ménages qui ont bénéficié d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide et/ou d'une pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent au cours des 12 derniers mois Dénominateur : Nombre total de ménages enquêtés |
| 15 | Pourcentage de personnes exposées aux messages en faveur de la lutte contre le paludisme qui ont adopté des comportements favorables à la lutte contre le paludisme | Numérateur : Nombre de personnes recensées qui déclarent avoir été exposées aux messages de la lutte contre le paludisme et qui ont adopté des comportements favorables à la lutte contre le paludisme Dénominateur : Nombre de personnes recensées qui déclarent avoir été exposées aux messages de la lutte contre le paludisme |

Tableau c : liste et description Indicateurs des résultats

| N° | Nom de l'indicateur | Numérateur et Dénominateur |
|----|--|---|
| 1 | Nombre de formations sanitaires ayant la capacité d'effectuer des diagnostics par microscopie ou tests diagnostiques rapides | <p>Numérateur : nombre de formations sanitaires disposant d'un technicien de laboratoire formé, d'un microscope approprié et des réactifs, des Tests de diagnostic rapides pour le diagnostic du paludisme</p> <p>Dénominateur : nombre total des formations sanitaires enquêtées</p> |
| 2 | Nombre de tests diagnostiques rapides pour le paludisme réalisés et interprétés par le personnel de santé | <p>Numérateur : Nombre de tests diagnostiques rapides pour le paludisme réalisés et interprétés par le personnel de santé</p> <p>Dénominateur : 1</p> |
| 3 | Nombre de tests diagnostiques rapides pour le paludisme réalisés et interprétés par les Agents de Santé Communautaires | <p>Numérateur : Nombre de tests diagnostiques rapides pour le paludisme réalisés et interprétés par les Agents de Santé Communautaire</p> <p>Dénominateur : 1</p> |
| 4 | Pourcentage des cas suspects de paludisme testés par GE ou TDR | <p>Numérateur : nombre des cas suspects de paludisme testés à la GE ou TDR</p> <p>Dénominateur : nombre total des cas suspects de paludisme reçus dans les formations sanitaires ou dans la communauté</p> |
| 5 | Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées aux enfants de moins d'une année | <p>Numérateur : Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées aux enfants de moins d'une année</p> <p>Dénominateur : 1</p> |
| 6 | Nombre de Partenaires impliqués dans le partenariat Faire Reculer le Paludisme dans le pays | <p>Numérateur : Nombre de Partenaires impliqués dans le partenariat Faire Reculer le Paludisme dans le pays</p> <p>Dénominateur : 1</p> |

| N° | Nom de l'indicateur | Numérateur et Dénominateur |
|----|---|---|
| 7 | Nombre d'Associations/groupes communautaires impliqués dans la lutte contre le paludisme dans le pays | Numérateur : Nombre d'Associations/groupes communautaires impliqués dans la lutte contre le paludisme dans le pays Dénominateur : 1 |
| 8 | Nombre d'études sur l'efficacité des antipaludiques réalisées conformément au protocole de l'OMS | Numérateur : Nombre d'études d'efficacité des antipaludiques, menées conformément au protocole de l'Organisation mondiale de la Santé Dénominateur : 1 |
| 9 | Nombre d'études sur l'efficacité des insecticides réalisées conformément au protocole de l'OMS | Numérateur : Nombre d'études d'efficacité des insecticides, menées conformément au protocole de l'Organisation mondiale de la Santé Dénominateur : 1 |
| 10 | Nombre d'études sur l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticides réalisées conformément au protocole de l'OMS | Numérateur : Nombre d'études sur l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticides, menées conformément au protocole de l'Organisation mondiale de la Santé Dénominateur : 1 |
| 11 | Pourcentage de ménages ayant au moins un enfant de moins de 5 ans et/ou une femme enceinte ayant reçu une visite pour les activités de communication interpersonnelles au cours du mois | Numérateur : ménages avec au moins un enfant de moins de 5 ans et/ou une femme enceinte ayant reçu une visite pour les activités de communication interpersonnelle au cours du mois Dénominateur : nombre total des ménages avec au moins un enfant de moins de 5 ans et/ou une femme enceinte dans la zone d'intervention |
| 12 | Pourcentage des établissements de santé soumettant des rapports complets et à temps, conformément aux directives nationales | Numérateur : Nombre d'établissements de santé qui ont communiqué tous les rapports demandés complets en temps opportun, conformément aux directives nationales, durant la période de communication de l'information Dénominateur : Nombre d'établissements de santé |

| N° | Nom de l'indicateur | Numérateur et Dénominateur |
|----|--|---|
| 13 | Pourcentage de leaders/Stars/Vedettes impliqués dans la lutte contre Paludisme dans le pays | Numérateur : Nombre de leaders/Stars/Vedettes impliqués dans la lutte contre Paludisme dans le pays Dénominateur : Nombre de leaders/Stars/Vedettes recensés |
| 14 | Pourcentage des formations sanitaires sans rupture de stock d'intrants antipaludiques | Numérateur : formations sanitaires sans rupture de stock d'intrants antipaludiques Dénominateur : nombre total des formations sanitaires considérées |
| 15 | Taux de mobilisation des ressources du PSNLP | Numérateur : fonds mobilisés pour la mise en œuvre du plan stratégique Dénominateur : fonds nécessaires requis pour la mise en œuvre du plan stratégique |
| 16 | Pourcentage d'épidémies et des situations d'urgence ayant bénéficié d'une riposte adéquate | Numérateur : nombre d'épidémies et des situations d'urgence survenues au cours des 12 derniers mois détectées et pour lesquelles des mesures appropriées de riposte sont intervenues dans le délai recommandé Dénominateur : nombre d'épidémies et des situations d'urgence rapportées au cours des 12 derniers mois |
| 17 | Proportion des indicateurs issus des résultats probants de la recherche opérationnelle qui sont renseignés | Numérateur : nombre des indicateurs issus des résultats probants de la recherche opérationnelle qui sont renseignés Dénominateur : nombre total d'indicateurs attendus des résultats de la recherche opérationnelle |
| 18 | Pourcentage des cas de paludisme confirmé chez les enfants de moins de 5 ans traités gratuitement | Numérateur : nombre des cas de paludisme confirmé chez les enfants de moins de 5 ans traités gratuitement Dénominateur : nombre total des cas de paludisme confirmé traités chez les enfants de moins de 5 ans |

7. CADRE DE PERFORMANCE

7.1 Introduction

Le cadre de performance renferme des indicateurs qui permettront d'apprécier l'état d'avancement des activités de lutte contre le paludisme, de juger le niveau de performance de couverture réalisée et de mesurer l'impact. Il détermine ainsi les valeurs de base et précise les cibles à atteindre tout au long de la période d'exécution du plan stratégique

7.2 Indicateurs et Niveau de performance

Tableau 2 : Indicateurs, valeurs de base et cibles

| Item | Indicateurs | Données de Base | | | Cibles | | | | | Fréquence de collecte | Source | Méthode | Responsables |
|--|--|-----------------|--------------------|--------|--------|------|-------|------|-------|---------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------|
| | | Valeurs | Sources | Années | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | | | | |
| Objectif Général | Indicateurs d'impact | | | | | | | | | | | | |
| Objectif Général : Réduire de 75 % d'ici à 2018, la mortalité et la morbidité dues au paludisme par rapport à la situation de 2000. | Taux de mortalité toutes causes confondues chez les moins de 5 ans | 122 ‰ | EDS /MICS | 2011 | 113‰ | NA | 107 ‰ | NA | 104 ‰ | Tous les 3 à 5 ans | Enquêtes ménages | EDS, MICS | SNIS/INS |
| | Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois | 33,3 % | EIP | 2011 | 22% | NA | 14% | NA | 8% | Tous les 3 à 5 ans | Enquêtes ménages | EDS, MICS, EIP | SNIS/INS |
| | Nombre de décès dus au paludisme confirmé pour 1000 personnes par an, chez les patients hospitalisés | 43 ‰ | Rapport annuel PNL | 2013 | 36‰ | 30‰ | 23 ‰ | 17‰ | 11 ‰ | Mensuelle et tous les 3 à 5 ans | SNIS, Enquêtes formations sanitaires | Rapports périodiques du SNIS, EFS, | SNIS/MINSA NTE/INS |
| | Proportion de cas de paludisme confirmés (testés positifs) pour 1 000 personnes par an | 53 ‰ | Rapport annuel PNL | 2013 | 45 ‰ | 37 ‰ | 29 ‰ | 21‰ | 13 ‰ | Mensuelle et tous les 3 à 5 ans | SNIS, Enquêtes formations sanitaires | Rapports périodiques du SNIS, EFS | SNIS/MINSA NTE |

| Item | Indicateurs | Données de Base | | | Cibles | | | | | Fréquence de collecte | Source | Méthode | Responsables |
|--|---|-----------------|-----------|--------|--------|------|------|------|------|--------------------------------|------------------------|---|--------------|
| | | Valeurs | Sources | Années | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | | | | |
| Objectifs spécifiques | Indicateurs de résultats (effets) | | | | | | | | | | | | |
| Objectif 1 : Amener au moins 80 % de la population à dormir sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action | Pourcentage de la population à risque dormant sous MILDA | 39,3 % | EPC-MILDA | 2013 | 39,3% | NA | 80% | NA | 85% | Tous les 3 à 5 ans | Enquêtes ménages | EDS, MICS | SNIS/INS |
| | Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormant sous MILDA | 46 % | EPC-MILDA | 2013 | 46% | NA | 80% | NA | 85% | Tous les 3 à 5 ans | Enquêtes ménages | EDS, MICS | SNIS/INS |
| | Pourcentage de femmes enceintes dormant sous MILDA | 41 % | EPC-MILDA | 2013 | 41% | NA | 80% | NA | 85% | Tous les 3 à 5 ans | Enquêtes ménages | EDS, MICS | SNIS/INS |
| Objectif 2 : Protéger au moins 80 % des populations à risque dans les zones cibles avec les pulvérisations intradomestiques d'insecticides à effet rémanent | Pourcentage de la population à risque protégée par la PID dans les zones ciblées | NA | NA | NA | NA | 50% | 75% | 80% | 85% | Annuelle et tous les 3 à 5 ans | SNIS, Enquêtes ménages | Rapports périodiques du SNIS, EDS, MICS | SNIS/INS |
| Objectif 3 : Protéger au moins 80 % des femmes enceintes par le traitement préventif intermittent conformément aux directives nationales. | Pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins trois doses de TPI durant leur dernière grossesse | NA | NA | NA | 50% | 60% | 70% | 75% | 80% | Tous les 3 à 5 ans | Enquêtes ménages | EDS, MICS | SNIS/INS |
| Objectif 4 : Protéger au moins 80% des enfants de 03 à 59 mois dans les zones ciblées par la chimio | Pourcentage d'enfants de 03 à 59 mois protégés par la chimioprévention saisonnière dans | NA | NA | NA | 80% | 80% | 85% | 85% | 90% | Tous les 3 à 5 ans | SNIS, Enquêtes ménages | Rapports périodiques du SNIS, EDS, MICS | SNIS/INS |

| Item | Indicateurs | Données de Base | | | Cibles | | | | | Fréquence de collecte | Source | Méthode | Responsables |
|--|--|-----------------|--------------|--------|--------|------|------|------|------|-----------------------|--|---------|---------------|
| | | Valeurs | Sources | Années | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | | | | |
| prévention saisonnière du paludisme | les zones ciblées | | | | | | | | | | | | |
| Objectif 5 : Tester au moins 80 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires et dans la communauté par la GE ou le TDR | Proportion des cas suspects de paludisme testés par TDR ou par GE | NA | NA | NA | 80% | 85% | 90% | 95% | 100% | Mensuelle / Annuelle | Rapport PNLP | Routine | SNIS/MINSANTE |
| Objectif 6 : Traiter 100% des cas de paludisme confirmés, conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires et dans la communauté | Pourcentage de cas de paludisme confirmés qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale | NA | NA | NA | 80% | 85% | 90% | 95% | 100% | Mensuelle / Annuelle | Rapport PNLP | Routine | SNIS/MINSANTE |
| Objectif 7 : Rendre disponible de façon permanente les intrants antipaludiques dans 100% des structures sanitaires et des communautés. | Pourcentage des établissements de santé n'ayant signalé aucune rupture de stock de plus de deux jours consécutifs des principaux produits de base (ACT, SP, TDR, ArtesunateInj) au cours du mois précédent | 75% | Rapport PNLP | 2012 | 80% | 85% | 90% | 95% | 100% | Mensuelle / Annuelle | Rapport PNLP | Routine | SNIS/MINSANTE |
| Objectif 8 : Mobiliser au moins 80% des fonds nécessaires pour la mise en œuvre du plan stratégique | Taux de mobilisation des ressources du PSNLP | NA | NA | NA | NA | NA | 50% | NA | 80% | Tous les deux ans | Rapport sur les comptes de la santé/Rapport des partenaires/ | Routine | SNIS/MINSANTE |

| Item | Indicateurs | Données de Base | | | Cibles | | | | | Fréquence de collecte | Source | Méthode | Responsables |
|---|--|-----------------|---------------|--------|--------|------|------|------|------|-----------------------|------------------------|---|---------------|
| | | Valeurs | Sources | Années | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | | | | |
| | | | | | | | | | | | Rapport PNLP | | |
| Objectif 9 : Amener au moins 80% des intervenants (FS, ASC) à transmettre à temps des données de qualité sur la lutte contre le paludisme conformément aux directives nationales | Pourcentage des établissements de santé soumettant des rapports complets dans les délais conformément aux directives nationales | 12% | Rapports PNLP | 2013 | 30% | 50% | 60% | 70% | 80% | Mensuelle/ Annuelle | Rapports d'activité | Routine | SNIS/MINSANTE |
| Objectif 10 : Contrôler 100% d'épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection | Pourcentage d'épidémie et de situations d'urgences ayant bénéficié d'une riposte adéquate | NA | NA | NA | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | Mensuelle/ Annuelle | Rapports d'activité | Routine | SNIS/MINSANTE |
| Objectif 11 : Amener au moins 80 % des communautés à s'approprier et utiliser les interventions de lutte contre le paludisme | Pourcentage des personnes qui connaissent la cause, les symptômes, le traitement ou les mesures préventives en lien au paludisme | 81% | EPC-MILDA | 2013 | 81% | 85% | 90% | 95% | 95% | Tous les 3 à 5 ans | SNIS, Enquêtes ménages | Rapports périodiques du SNIS, EDS, MICS | SNIS/INS |
| Objectif 12 : Amener au moins 80% des prestataires des formations sanitaires à offrir les prestations subventionnées et/ou gratuites dans le cadre de la lutte contre le paludisme | Pourcentage de cas de paludisme confirmé chez les enfants de moins de cinq ans traités gratuitement | NA | NA | NA | 80% | 85% | 90% | 95% | 100% | Mensuelle/ Annuelle | Rapports d'activité | Routine | SNIS/MINSANTE |

| Item | Indicateurs | Données de Base | | | Cibles | | | | | Fréquence de collecte | Source | Méthode | Responsables |
|--|--|-----------------|---------|--------|--------|------|------|------|------|-----------------------|--|--|-------------------|
| | | Valeurs | Sources | Années | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | | | | |
| Objectif 13 : Renseigner au moins 80% des indicateurs issus des résultats probants de la recherche opérationnelle | Proportion des indicateurs issus des résultats probants de la recherche opérationnelle qui sont renseignés | NA | NA | NA | 50% | 60% | 70% | 80% | 85% | Annuelle | Rapports des études de recherche valides | Rapports des études de recherche valides | PNLP/ MINSANTE |

8. PROCEDURES OPERATIONNELLES DU SUIVI ET EVALUATION DU PROGRAMME

Les procédures opérationnelles portent sur la collecte des données, la supervision, le système de transmission, l'assurance qualité des données, la validation, la compilation, l'analyse des données et l'archivage.

8.1 Collecte des données

8.1.1 Collecte des données de routine

a. Au niveau périphérique

Les données seront collectées au niveau de la communauté, des formations sanitaires publiques et privées, et au niveau des hôpitaux des districts.

a.1 Collecte des données au niveau de la communauté

A ce niveau, les Agents de santé Communautaires (ASC) seront responsables de la collecte des données à l'aide des registres/fiches. Après ils transmettront ces données à l'aire de santé et à l'OSC dont ils dépendent. Ces données sont par la suite vérifiées et validées par le Chef de l'Aire de Santé (Chef de la formation sanitaire leader de l'Aire de Santé) et le responsable de l'OSC.

Les activités rapportées portent sur la prévention, la PEC des cas simples de paludisme chez les adultes et les enfants par les Agents de Santé Communautaires, ainsi que les activités de communication (communication interpersonnelle, les visites à domiciles).

a.2 Collecte des données au niveau des formations sanitaires publiques et privées

Le responsable de la formation sanitaire est chargé de collecter les données contenues dans les registres (et/ou tout autre support de collecte) dans la fiche de collecte de données appropriée. Il pourra déléguer cette tâche à l'un de ses collaborateurs qui collectera et compilera les données nécessaires sous sa supervision.

Les données sont ensuite transmises au responsable de l'aire de santé qui les vérifie, les valide et les compile.

a.3 Collecte des données au niveau de l'aire de santé

Le Chef de l'Aire de Santé veille au bon déroulement de la collecte des données issues de la communauté (Agents de Santé Communautaires) et des Formations Sanitaires vers le district de santé. Les données des aires de santé sont ainsi collectées, compilées et analysées.

Les rapports mensuels comprenant les données communautaires (synthèse des données des sites communautaires), des formations sanitaires (publiques et privées) seront élaborés à partir de canevas SNIS par le responsable de l'aire de santé et transmis au niveau du district de santé. Il s'agira de faire le bilan des activités, d'identifier les difficultés et les besoins à travers le canevas SNIS qui sera intégré et amélioré pour satisfaire ce besoin.

- Au niveau des hôpitaux de district et assimilés les données seront collectées périodiquement (hebdomadaire (formulaire MAPE), mensuel (fiche de collecte du PNLP)) à partir des outils du SNIS. Cette périodicité peut changer en fonction des besoins du moment. Les hôpitaux de district et assimilés élaborent les rapports mensuels sur la base des données collectées à partir des outils du SNIS et les transmettent au niveau du Bureau de Coordination du District.

- Au niveau du District, le Chef de Bureau Santé (CBS) joue le rôle de responsable des statistiques du programme. A cet effet il est chargé de collecter, compiler, analyser et transmettre les données au niveau régional, après leur validation par l'équipe de district.

b. Au niveau régional

- Au niveau des hôpitaux généraux, centraux et régionaux de la santé les données seront collectées, vérifiées et compilées par le gestionnaire des données de l'hôpital et transmises à la Délégation Régionale de la Santé Publique.

- Au niveau de la Délégation Régionale de la Santé Publique (DRSP), le Gestionnaire des données (statisticien), responsable de la cellule de SSE au sein de l'URLP (L'Unité Régionale de Lutte contre le Paludisme), collecte les données mensuelles provenant des districts de santé, assure la compilation de ces données et les transmet au niveau central.

c. Au niveau central

Le niveau central est représenté par la Direction de la Lutte contre la Maladie, des Epidémies et Pandémies (DLMEP), la Cellule des Informations Sanitaires du Secrétariat Général (CIS) et le PNL (section SSE). Le niveau national vérifie, compile et analyse les données et informations transmises par la DRSP. Un logiciel est utilisé à cette fin et l'on devra passer prochainement à la gestion des données par le logiciel DHIS2.

8.1.2 Collecte des données des enquêtes et études

Plusieurs études et enquêtes seront menées afin d'alimenter et renforcer le système de suivi et d'évaluation. Ces études et enquêtes permettront d'évaluer l'impact des interventions et de proposer des recommandations pour l'amélioration des performances du Programme National de Lutte contre le Paludisme. L'on peut citer Malaria Indicator Survey (MIS), les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), les Enquêtes par grappes à Indicateurs Multiples (MICS).

8.2 Compilation et analyse des données

Les données collectées au niveau de la communauté et des formations sanitaires publiques et privées seront compilées mensuellement dans la base de données informatisée au niveau du Bureau du District de Santé (logiciel Cam malaria 2.0). Au niveau de la Délégation Régionale de la Santé, les données seront compilées, analysées puis transmises mensuellement au niveau central pour être compilées et analysées trimestriellement par le PNL. Ces données seront partagées avec toutes les parties prenantes de la lutte contre le paludisme.

8.3 Validation des données

Les données collectées, compilées et analysées seront validées au niveau du Bureau du District de Santé lors des réunions mensuelles. Au niveau intermédiaire et national, les réunions de validation se tiendront trimestriellement. En outre, une revue annuelle de validation des données impliquant toutes les parties prenantes au niveau national et régional sera organisée.

8.4 Transmission des données

La transmission des données se fait selon la périodicité définie par niveau et de façon systématique du niveau inférieur vers le niveau supérieur selon la pyramide sanitaire. Cette transmission se fait après compilation, vérification et validation des données

Au niveau de l'Aire de Santé :

Le Chef de l'Aire de Santé est chargé de collecter, de compiler et d'analyser toutes les fiches de collecte mensuelle qui lui sont transmises par les Formations Sanitaires présentes dans l'Aire de Santé. Il élabore son rapport de synthèse en trois copies donc une est archivée au niveau de l'Aire de Santé et deux sont envoyées au District de Santé pour exploitation. Il veille également à la transmission des copies des fiches de collecte des Formations Sanitaires vers le District de Santé (2 copies par formation sanitaire) ; ceci afin de faciliter les opérations de vérification et de procéder rapidement à des corrections le cas échéant. Les rapports sont datés, signés par le responsable de l'aire et transmis sous forme physique et électronique au District de santé.

Au niveau du District de Santé :

Le CBS (chef de Bureau Santé) collecte, compile et analyse les données en provenance des Aires de Santé et de certaines Formations Sanitaires (Hôpitaux de District et assimilés), il élabore son rapport en deux exemplaires dont un est archivé au niveau du district et l'autre est envoyé au Niveau Régional accompagné des copies des fiches des rapports mensuels issues des Aires de Santé et autres Formations Sanitaires.

Au niveau de la région :

C'est le Gestionnaire des Données de l'Unité Régionale de Lutte contre le Paludisme qui est chargé de compiler les données en provenance des Districts de Santé. Son rapport est transmis au Délégué Régional de la Santé Publique et au Niveau Central du PNLP pour exploitation. Ce rapport est accompagné des fiches de synthèse mensuelles des Districts de Santé et des fiches de collecte des Formations Sanitaires.

La fréquence de transmission des rapports se fera comme l'indique le tableau 3.

Tableau 3 : Délais de transmission des rapports à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays.

| Niveau dans la pyramide sanitaire | Début de période couverte | Fin de période couverte | Date limitée de transmission |
|--|--|---|-------------------------------------|
| Communauté vers aire de santé | 26 ^{ème} jour du mois précédent | 25 ^{ème} jour du mois en cours | Le 30 du mois en cours |
| Aire de santé vers district de santé | 1 ^{er} du mois en cours | 30 ou 31 du mois en cours | Le 5 du mois suivant |
| District de santé vers région | 1 ^{er} du mois en cours | 30 ou 31 du mois en cours | Le 10 du mois suivant |
| Région vers niveau central (GTC) | 1 ^{er} du mois en cours | 30 ou 31 du mois en cours | Le 15 du mois suivant |

NB : Les fiches des MAPE sont remplies et transmises chaque semaine de l'aire de santé au niveau national (DLMEP) en respectant la pyramide sanitaire : le lundi pour l'aire de santé, le mardi avant 12 heures pour le District de Santé, le jeudi pour la DRSP.

La retro information est indispensable pour une amélioration de la performance des différents acteurs à tous les niveaux. C'est un feed back qui communique au niveau inférieur l'appréciation du niveau supérieur sur ses activités menées. Elle doit être systématique et constitue un outil de motivation des agents de santé et l'amélioration de la qualité des données.

Chaque structure qui envoie un rapport recevra une rétro information systématique. Ces informations concernent (i) la confirmation de l'arrivée du rapport, (ii) la qualité des données reçues (écriture, manquants, cohérence et exactitude des données), (iii) le commentaire sur l'analyse et l'interprétation des informations reçues, (iv) un ou plusieurs tableaux récapitulatifs des données d'une ou plusieurs structures en vue de la comparaison des performances. Un canevas de retro information sera élaboré et mis à la disposition des acteurs à tous les niveaux.

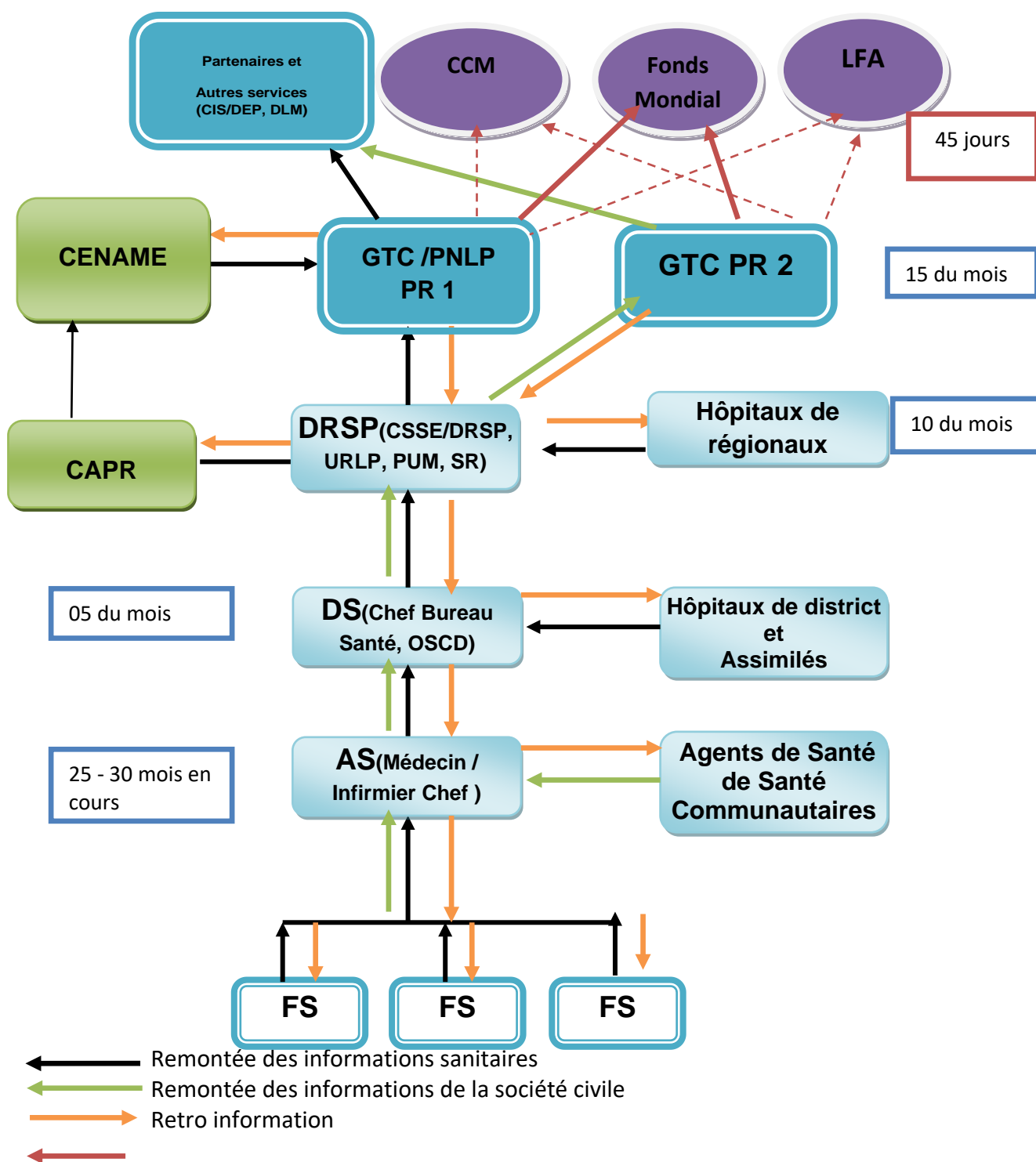


Figure 3 :Circuit de transmission des données

8.5 Gestion des données

Base de données

La gestion des données se fait avec le SGBD MICROSOFT ACCESS. Ce logiciel est disponible au niveau central, régional et dans certains districts et permet l'enregistrement, la compilation, la synthèse et le stockage des données. L'analyse des données se fait après exportation dans le tableur Excel.

Au niveau des aires sanitaires et des formations sanitaires, les données sont gérées à partir des registres et des formulaires.

➤ **Archivage des données (archivage physique)**

L'archivage consiste à la conservation logique et physique des fiches de collecte mensuelles. Chaque niveau doit conserver les copies des informations transférées au niveau supérieur. Ces copies doivent être bien rangées dans des chronos et bien segmentées en fonction de la période de l'année. L'archivage des données se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Pour cela, des fiches de collecte mensuelle des données seront mises gratuitement à la disposition des Formations Sanitaires. Le District de Santé veillera à ce que chaque formation sanitaire remplisse trois fiches de collecte chaque mois (soit un total de 36 fiches de collecte par formation sanitaire par an). Une fiche de collecte sera donc conservée pour les besoins d'archivage au niveau de la formation sanitaire, et les deux autres copies seront transmises au niveau du District de Santé. Le District de Santé procédera aussi à l'archivage d'une copie de la fiche de collecte des données et transmettra l'autre copie au Niveau Régional pour archivage. Les différents outils de collecte des données (registres, fiches, rapports d'activités) du Programme devront être correctement conservés pendant une période d'au moins 10 (dix) ans.

➤ **Sauvegarde des données (archivage électronique)**

Des copies (au moins trois) électroniques de la base des données doivent être faites de façon hebdomadaire au Niveau Régional. Des supports externes (Disques Durs, CD, DVD, Clé USB) seront mis à la disposition des unités régionales afin de permettre la réalisation de cette opération. Grace au logiciel de gestion des données du Programme, la sauvegarde des données de tout le pays sera faite au Niveau Central, elles seront stockées dans le serveur du GTC. Des copies protégées de cette sauvegarde seront disponibles dans les ordinateurs des responsables de la gestion des données. Les copies électroniques de la base de données du GTC sont mises à la disposition de la DLM et de la CIS pour exploitation, diffusion et pérennisation.

➤ **La mise à jour des données**

Elle est considérée comme opération de mise à jour, toute modification de l'état de la base de données après leur transmission au niveau supérieur. Il s'agit des suppressions, des ajouts et des omissions. Ces changements de l'état de la base de données en vue d'améliorer la complétude et l'exactitude de l'information entraînent l'annulation des données précédemment transmises sur l'indicateur à la période concernée. Le Chef SSE et le Gestionnaire des Données devront être préalablement contactés (par Email ou autres moyens de communication) avant toute opération de mise à jour de la base transmise au GTC, ceci pour obtenir leur avis. Les données mises à jour doivent

être transmises de manière électronique au Niveau Central. Elles sont accompagnées des fiches de collecte physiques contenues dans les chronos du Niveau Régional. Les données des mois antérieurs mises à jour doivent être envoyées au même moment que les données du mois en cours. La transmission des données au Niveau Central est accompagnée d'un rapport sur l'état des mises à jour effectuées dans la base des données du Niveau Régional.

NB : dans les structures disposant de matériels informatiques, l'archivage doit se faire de façon physique et électronique.

8.6 Rôle de différents acteurs dans la gestion des données

a) Rôles et responsabilités des acteurs du secteur public

- Au niveau des Aires de Santé, le personnel affecté à la collecte des données rédige un rapport d'analyse des données. Un canevas d'analyse est proposé par le niveau régional.
- Au niveau du district de santé, sous la supervision du Chef de District de Santé (CDS), le Chef de Bureau de Santé (CBS) fait la synthèse des fiches mensuelles de collecte des données des formations sanitaires et rédige un rapport d'activité suivant un canevas harmonisé spécifique à ce niveau.
- Au Niveau Régional, le Gestionnaire des Données (statisticien) saisit et analyse les données transmises par les districts en utilisant l'application « Cam Malaria 2.0 ». L'analyse à ce niveau est facilitée par la présence d'un personnel qualifié.
- Au Niveau Central, l'épidémiologiste et le statisticien mettent en œuvre les opérations d'analyse et de modélisation. Une situation nationale sur l'évolution de la maladie est disponible tous les semestres.
- Au niveau communautaire, Le responsable de l'aire appuie et fait participer les Agents de Santé Communautaires à l'analyse des données issues de la communauté. Les résultats de ces analyses permettent de prendre des décisions en vue d'améliorer leurs prestations.

b) Rôle des sous bénéficiaires (société civile) dans la mise en œuvre du plan stratégique

Les sous bénéficiaires assurent un rôle programmatique et de suivi-évaluation. Ils collectent les données en rapport avec les activités de sensibilisation, communication et plaidoyer.

8.7 Supervision

La supervision est une activité d'accompagnement de la mise en œuvre qui consiste entre autres, à l'appui des acteurs intervenant dans la réalisation des activités. Elle se traduit par des visites périodiques sur le terrain, des cadres d'un niveau supérieur techniquement compétents vers les niveaux inférieurs dans le but de s'assurer que les interventions sont menées conformément aux procédures mises en place. La supervision permet d'accompagner les différents prestataires dans l'exécution de leurs missions, en vue d'améliorer la qualité de l'offre de services et des activités de lutte contre le paludisme. Elle a pour objectifs :

- Valider les informations transmises du niveau inférieur au niveau supérieur ;
- Suivre les stocks physiques et vérifier les différents documents de gestion des intrants utilisés par le Programme ;
- Déceler des éventuels dysfonctionnements pouvant apparaître dans l'exécution des activités ;
- Collecter éventuellement les données et assurer un suivi en temps réel des activités ;

- Investiguer les cas d'effets secondaires aux antipaludiques notifiés ;
- Suivre toutes les personnes formées par le Programme sur le plan qualitatif et quantitatif;
- Contrôler le système d'archivage en vérifiant la disponibilité et la conservation de tous les documents requis ;
- Renforcer les capacités des personnels à tous les niveaux ;
- Effectuer un feed-back documenté sur les défaillances constatées avec les solutions proposées et les bonnes pratiques observées ;
- Vérifier à tous les niveaux (y compris communautaire) le respect des procédures de gestion et directives en vigueur dans le Programme ;

Les résultats de la supervision permettent une bonne coordination des actions de surveillance, suivi et évaluation.

En fonction du niveau, la supervision se fait selon une périodicité et une méthodologie bien précises.

a) Méthodologie

Le Niveau Central définit les objectifs et les résultats attendus des différentes supervisions du Programme. Cependant, en fonction des besoins spécifiques de chaque niveau du système sanitaire, des activités supplémentaires liées au contexte particulier du niveau peuvent être intégrées au cours de la mise en œuvre de l'activité en respectant les objectifs préalablement définis par le Niveau Central.

Le niveau supérieur est tenu de superviser toutes les structures de niveau inférieur sur une période donnée, en général un an au maximum. La priorité est donnée aux structures ayant obtenu les plus mauvais scores dans les indicateurs de performance. Mais, il est aussi important de superviser celles ayant obtenu de bons résultats dans la mise en œuvre. Elles pourraient servir de bonnes pratiques après vérification et validation et leurs expériences ainsi partagées avec les autres structures.

Les supervisions sont faites sur la base des termes de référence élaborés au regard des rapports des précédentes missions de supervisions et des rapports d'activités. Celles-ci sont menées à l'aide des outils tels que les grilles de supervision préalablement élaborées et d'autres outils jugés nécessaires.

B) Périodicité des supervisions

Les supervisions sont faites en cascade du Niveau Central vers le niveau périphérique. La figure ci-dessous présente de façon schématique la cascade de supervisions.

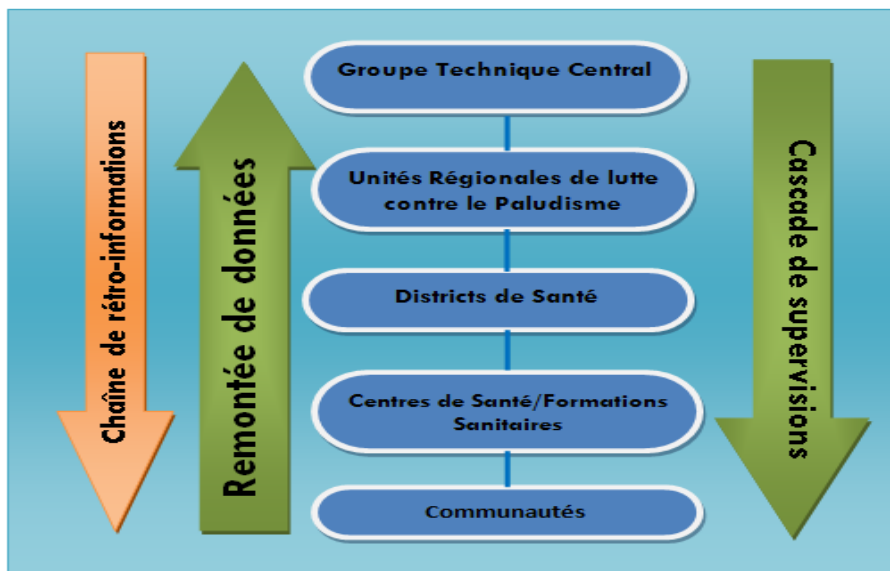


Figure 4 : chaîne de supervision (source : PNLP)

➤ **Supervision par le niveau central**

Les supervisions du Niveau Central vers la périphérie sont semestrielles. En cas de nécessité absolue, ce nombre peut être revue à la hausse. Le chef section SSE en collaboration avec les autres chefs de section du Programme définissent les termes de référence des supervisions du Niveau Central et forment les superviseurs centraux. Les superviseurs centraux sont les cadres du PNLP, du MINSANTE et des Partenaires. Chaque superviseur est tenu de respecter le cahier des charges qui lui a été confié et son rapport est validé à l'issue de sa mission au regard des termes de référence. Les superviseurs sont tenus de vérifier les informations à tous les niveaux y compris le niveau communautaire. Des dispositions administratives et financières sont prises pour garantir le succès de toutes les missions de supervision.

➤ **Supervision par le niveau régional**

A ce niveau les supervisions sont trimestrielles, mais peuvent être plus fréquentes en cas de nécessité. Au cours de cette activité, les responsables de l'URLP et autres personnes ressources du Niveau Régional effectuent une mission de supervision des activités de lutte contre le paludisme et/ou le contrôle de la qualité des données. Les superviseurs sont formés avant toute descente sur le terrain. Chaque superviseur est tenu de respecter le cahier des charges qui lui a été confié et son rapport est validé à l'issue de sa mission au regard des termes de référence. Les superviseurs sont tenus de vérifier les informations à tous les niveaux y compris le niveau communautaire. Le rapport attendu doit être une présentation qualitative et quantitative de l'état des lieux de chaque région. Tous les indicateurs prévus à cet effet sont collectés, les difficultés de mise en œuvre des activités ainsi que les solutions préconisées sont clairement exposés.

➤ **Supervision par les districts sanitaires**

A ce niveau les supervisions des districts de santé vers les aires de santé sont trimestrielles, mais peuvent être plus fréquentes en cas de nécessité. Au cours de cette activité, les CSSD et autres personnes ressources du district effectuent une mission de supervision des activités de lutte contre le

paludisme et/ou le contrôle de la qualité des données. Les superviseurs sont formés avant toute descente sur le terrain. Chaque superviseur est tenu de respecter le cahier des charges qui lui a été confié et son rapport est validé à l'issue de sa mission au regard des termes de référence. Les superviseurs sont tenus de vérifier les informations à tous les niveaux y compris le niveau communautaire. Le rapport attendu doit être une présentation qualitative et quantitative de l'état des lieux de chaque district. Tous les indicateurs prévus à cet effet sont collectés, les difficultés de mise en œuvre des activités ainsi que les solutions préconisées sont clairement exposées.

Chaque district devra superviser toutes ses Formations Sanitaires selon un calendrier pré établi.

➤ **Supervision par les aires de santé**

Les chefs de l'aire de santé sont formés à la supervision de toutes les activités de routine et effectuent des supervisons mensuelles des Formations Sanitaires de leur aire de santé et les acteurs communautaires (Relais Communautaires, OBC, COSA, etc.). Ils effectuent ces supervisons à l'aide d'outils préétablis (grilles, termes de références, etc.). A ce niveau, des vérifications sont faites dans la population bénéficiaire des services. Le chef de l'aire fait parvenir ses différents rapports de mission au district de santé. Ces rapports de supervision suivent un canevas précis en fonction des activités supervisées.

➤ **Restitution des rapports**

Les rapports des supervisons doivent être disponibles au niveau supérieur au plus tard dix (10) jours ouvrables après la fin de la mission et une copie gardée par le superviseur.

En plus des supervisons, il est prévu des réunions de restitution et de concertation à tous les niveaux (aire de santé, district de santé, région et central). Ces réunions constituent des lieux pour débattre et trouver des solutions aux éventuelles lacunes rencontrées dans la mise en œuvre des activités. La périodicité de ces réunions dépend des niveaux d'interventions. Elle est semestrielle au Niveau Central, trimestrielle au Niveau Régional et mensuelle au niveau des districts de santé. Le graphique ci-après résume le calendrier de supervisons et de réunions de coordination dans les différents niveaux du Programme.

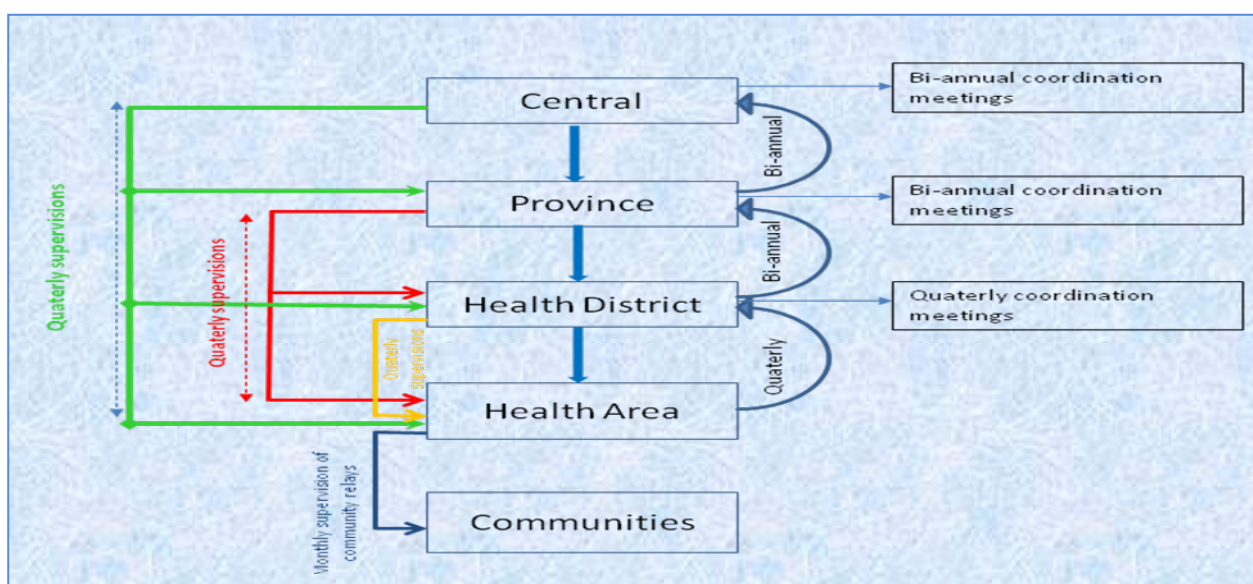


Figure 5 : Processus de supervision et de réunion de coordination

8.8 Assurance qualité des données

a) Mécanisme d'Assurance Qualité

La qualité des données est un critère important dans l'appréciation des performances d'un Programme. Le dispositif d'assurance qualité constitue de ce fait un cadre judicieux pour juger de la fiabilité des données en accord avec un ensemble standard d'approches, de techniques de collecte et de reporting des données.

Pour adresser ce problème, les procédures et actions suivantes seront entreprises :

- Les personnes chargées de la collecte des données seront formées à l'utilisation des différents outils mis à leur disposition ce qui leur permet de collecter des données fiables et exactes. Des formations continues peuvent se faire au cours de supervisions, de réunions de coordination, ou d'ateliers formels organisés à cet effet. Les guides d'utilisation de tous les outils ont été élaborés et seront mis à la disposition du personnel après la formation. Ces guides sont également intégrés spécifiquement dans chaque outil autant que possible. Ces guides contiennent les définitions de tous les indicateurs/variables à collecter ainsi que la façon de les collecter et les sources de données.

- Les registres, les fiches de collecte des données et autres outils standardisés seront rendus disponibles à tous les points de collecte des données ;

- Un logiciel « Cam Malaria Data » de gestion de toutes les données (indicateurs, personnes formées, stocks de tous les intrants, pharmacovigilance, ...) est mis en place et sera utilisé pour la gestion des données

- Un système de double saisie des données dans ce logiciel est mis en place afin de minimiser les erreurs de transcription (dans les districts de santé et les régions). Ce logiciel contient des contrôles de saisie pour limiter également les erreurs. Au Niveau Régional, les gestionnaires des données effectuent des confrontations sur des fiches tirées au hasard et nettoient les données suivant un protocole bien défini avant leur transmission au Niveau Central ;

- Les supervisions de toutes les activités de lutte contre le paludisme sont instaurées à tous les niveaux. Ces supervisions, incluent la confrontation des données avec leur source pour déceler et corriger les éventuelles erreurs ;

- Un protocole de correction des erreurs et des données manquantes a été élaboré et est appliqué par tous les acteurs qualifiés. Une fois les données saisies et nettoyées, le reste des étapes de compilation est effectué par des formules standardisées, introduites dans le logiciel de gestion des données ;

- Afin d'en éviter une utilisation frauduleuse, les données sont collectées et transmises de façon confidentielle d'un niveau à un autre, l'accès à ces données est régularisé par un Gestionnaire des Données à tous les niveaux. Plus spécifiquement, l'accès aux données électroniques est sécurisé par des mots de passe individuels et les données physiques sont disposées dans des endroits sécurisés ;

- Un audit annuel de la qualité des données est instauré (RDQA). Cet audit est également effectué en cours d'année dans certaines régions selon les nécessités.

- Il est prévu la mise en place au sein du PNLN d'une structure garante de la qualité des données et dotée de moyens efficaces appelée Groupe Technique d'Assurance et de Contrôle de la Qualité des données (GTACQ).

b) Le contrôle de la qualité des données

Le GTACQ dans la mise en œuvre de ses activités devra effectuer des missions de contrôle de la qualité des données sur le terrain au niveau régional, du district, de l'aire de santé ou de la communauté. Il devra le faire par un ensemble de techniques de sélection des régions, des districts et des structures de santé. Il appréciera le niveau de respect des normes en matière de gestion de données (indicateurs, personnes formées, stocks de tous les intrants, pharmacovigilance, ...) au niveau des acteurs. Des rapports de progrès rendront compte des problèmes observés sur le terrain et des mesures à mettre en œuvre afin d'améliorer la qualité des données.

Trois méthodes de contrôle qualité ont été adoptées, à savoir :

- Le contrôle de la cohérence ;
- L'audit quantitatif de la qualité des données ;
- L'audit qualitatif de la qualité des données.

L'outil « on-site data vérification » sera utilisé dans le cadre de ces contrôles au niveau des structures.

9. COORDINATION DU SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION

9.1. Mécanisme de coordination et de suivi des interventions

Au niveau central

La coordination des interventions est effectuée par le MINSANTE en collaboration avec les différents partenaires techniques et financiers. La coordination s'effectue à travers des réunions périodiques : mensuelles, trimestrielles, semestrielles et annuelles et permettra d'évaluer le niveau d'exécution des activités du programme et d'identifier les potentiels goulots d'étranglement, de déterminer les stratégies correctrices et de mettre à jour le chronogramme des activités.

Dans le cas spécifique des activités financées par le Fonds Mondial, la coordination est effectuée par l'Instance de Coordination Nationale (ICN) qui effectue un suivi stratégique des interventions. L'ICN élaborera un Mémoire d'entente entre les Bénéficiaires Principaux (PR). Ce Mémoire définira les rôles et responsabilités de l'ICN et de chaque PR afin de renforcer la coordination, la planification et le suivi des activités. Chaque PR, organisera des réunions mensuelles de coordination des activités avec les sous bénéficiaires.

Au niveau régional, district et aires de santé

Au niveau régional, district et aires de santé, les réunions de coordination seront mensuelles et réuniront les différents acteurs du secteur public et de la société civile impliqués dans la lutte contre le paludisme. Il s'agira à ces niveaux de faire le point sur la mise en œuvre des activités au niveau régional, district, aires de santé, d'identifier les difficultés rencontrées et déterminer les besoins pour l'amélioration des performances.

Chaque réunion doit être sanctionnée par un compte rendu et transmis au niveau supérieur de la pyramide sanitaire.

10. COMPOSANTES DE SUIVI DU PROGRAMME

Plusieurs composantes existent dans le cadre du suivi des activités de lutte contre le paludisme notamment en rapport avec la collecte des données de routine au niveau communautaire et dans les formations sanitaires, la collecte des données complémentaires par le système de surveillance sentinelle, la notification des effets indésirables par la pharmacovigilance et le système d'information sur la gestion des intrants antipaludiques. Ces différentes composantes sont décrites dans les sections suivantes.

10.1 Le système de suivi communautaire

Le suivi communautaire sera réalisé par les agents de santé communautaire (ASC). L'ASC collecte les données communautaires à l'aide des fiches, et autres outils. Il rédige un rapport mensuel de ses activités communautaires suivant un canevas approprié qui est mis à sa disposition à l'avance, ensuite il envoie son rapport au chef de l'aire de santé et au responsable de l'OSC de District le cas échéant.

10.2 Le système national d'information sanitaire

Le Système National d'Informations Sanitaires (SNIS), fait face aujourd'hui à de nombreuses difficultés dues notamment à la multiplicité des outils de collecte et à l'existence de plusieurs sous-systèmes d'information parallèles sans interconnexion entre eux. Cette faible performance du SNIS, ne permet pas aujourd'hui de cerner avec exactitude les avancées réelles des indicateurs pour le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS), ainsi que des progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). De même, Les résultats obtenus dans la mise en œuvre du Plan de Travail Annuel (PTA) et de la Feuille de Route (FDR) du MINSANTE restent mitigés, malgré les efforts fournis dans le cadre des interventions des programmes prioritaires.

En 2014, la Cellule des Informations Sanitaires a produit avec la collaboration de toutes les parties prenantes un référentiel des indicateurs clés et prioritaires du SNIS. On y dénombre 227 indicateurs clés et 119 indicateurs prioritaires. Ces derniers ont été définis prioritairement pour le suivi de la SSS et des OMD. Suivant leur mode de collecte, on peut les regrouper en deux catégories : ceux obtenus à partir des grandes enquêtes (EDS, MICS, ECAM,...) qui mesurent les indicateurs d'impact et ceux obtenus à travers le système de routine.

Pour assurer le suivi-évaluation de ces objectifs, le Ministère de la Santé Publique a entrepris la mise en place d'une banque de données du Système National d'Informations Sanitaires (SNIS) dans laquelle chaque structure de santé contribuera à l'amélioration de la qualité des données, à travers la collecte, l'analyse, et l'exploitation des informations sanitaires pour la planification, la prise de décision et l'allocation efficiente des ressources à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Cette banque de données, implémentée avec le logiciel libre et gratuit DHIS2 (District Health Information Software), constitue actuellement la solution informatique utilisée dans plus de 47 pays pour la gestion des données sanitaires. Ce logiciel est doté des fonctionnalités à même de soutenir l'intégration et l'interopérabilité des bases de données parallèles du SNIS. Il est développé par le Health

Information Systems Programme (HISP) du Département d'Informatique de l'Université d'Oslo, et est soutenu par le PEPFAR et le Fonds Mondial.

Le processus d'implémentation du DHIS2 amorcé au MINSANTE, enregistre déjà l'intégration des formulaires de collecte de données de lutte contre le SIDA et la formation à Cotonou des cadres de la Cellule des Informations Sanitaires. Le personnel ainsi formé s'est approprié de cet outil. La base de données DHIS2 du MINSANTE est accessible à l'adresse internet: www.dhiscam.org.

10.3 Le système de surveillance sentinelle

La surveillance sentinelle est la collecte et l'analyse de données par des institutions sélectionnées pour leur emplacement géographique, leur spécialité médicale et leur capacité à poser des diagnostics exacts de la maladie et à dresser des rapports de données de qualité.

Au Cameroun, en plus de la surveillance de routine semi-active du paludisme, un système de surveillance sentinelle basé sur les sites sentinelles a été mis en place. Un site sentinelle est une unité fonctionnelle de surveillance épidémiologique et de recherche opérationnelle couvrant une entité géographique représentative d'un faciès épidémiologique du paludisme au Cameroun. Il est constitué d'une structure administrative, technique et d'un réseau de Districts de Santé appelés sites satellites.

Les sites satellites sont les points de collecte des données et des échantillons. Ils sont placés sous la coordination administrative et technique du Chef de District de Santé.

Les sites sentinelles ainsi que leurs sites satellites ont été créés par décision ministérielle et leurs termes de référence dans la surveillance du paludisme ont également été définis. La répartition géographique de ces sites sentinelles et leurs sites satellites permet de couvrir tous les faciès épidémiologiques du paludisme au Cameroun.

Les sites sentinelles et les sites satellites seront progressivement équipés. Leur personnel est formé au diagnostic correct du paludisme, à la prise en charge correcte de la maladie et la collecte des données de qualité. Ce personnel est également formé à l'élaboration et la conduite des protocoles de recherche. Les protocoles de recherche permettant de répondre à des questions spécifiques sur l'épidémiologie du paludisme ont été conçus pour être mis en œuvre dans les sites sentinelles.

10.4 La pharmacovigilance des médicaments antipaludiques

Au Cameroun, le système de pharmacovigilance repose sur la collecte de données à travers une fiche de notification des cas, remontée auprès de la DPML depuis les formations sanitaires publiques et privées.

Il s'agit d'une fiche destinée aux professionnels de santé permettant de recueillir les données nécessaires à la constitution d'un dossier de pharmacovigilance. Les informations recueillies concernent le patient, les produits suspects et associés, les effets indésirables, le notificateur. Les prestataires des soins seront donc appelés à notifier à l'aide de la fiche de notification, tous les effets indésirables survenant à la suite de l'administration des médicaments antipaludiques.

10.5 Le système d'information sur la gestion des intrants antipaludiques

Au Cameroun les ruptures de stocks des médicaments antipaludiques au niveau des formations sanitaires sont un problème récurrent. Le système d'information sur la gestion et la logistique des commodités antipaludiques devra donc être développé dans le but d'améliorer la gestion des stocks d'antipaludiques et de l'information.

11. EVALUATION DU PROGRAMME

L'évaluation permet de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs d'un programme. Les évaluations se feront par des enquêtes et des revues. Il peut s'agir aussi bien d'enquête de couverture que d'impact.

➤ Les enquêtes

Les enquêtes interviennent à un moment donné de la mise en œuvre du Programme pour apprécier la portée, les effets et même les impacts des interventions du Programme. L'on peut citer Malaria Indicators Survey (MIS), les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), les Enquêtes par grappes à Indicateurs Multiples (MICS).

➤ Les revues

Pour un meilleur suivi des interventions, des revues seront organisées aux différents niveaux de la pyramide sanitaire à savoir : au niveau central, régional, district de santé. Les revues seront annuelles au niveau central, semestrielles au niveau régional et trimestrielles au niveau des districts de santé. Il s'agit de revues internes dont l'objectif est de faire le bilan de la mise en œuvre des activités et d'apprécier l'atteinte des résultats par rapport aux objectifs fixés. A chaque niveau, ces revues vont réunir les différents acteurs de la lutte contre le paludisme de la zone.

Pour améliorer les performances de la lutte contre le paludisme chaque plan stratégique sera évalué à la fin de la période de mise en œuvre, chaque projet contiendra au moins deux évaluations externes. Une première évaluation externe sera menée à mi-parcours de l'exécution du projet/programme pour identifier les forces, les faiblesses, les problèmes, les difficultés, les besoins et faire des recommandations pour proposer des actions correctrices et orientations opérationnelles pour la suite des interventions.

12. DIFFUSION ET UTILISATION DES DONNEES

Les données collectées et analysées ainsi que les informations qui en découlent doivent être partagées avec toutes les parties prenantes de la lutte contre le paludisme. Ces données devront être utilisées pour prendre des décisions pour améliorer la mise en œuvre des interventions de lutte et d'atteindre les résultats attendus.

12.1 Diffusion des données

Un plan de diffusion des données sera donc élaboré et mis à disposition des acteurs à tous les niveaux. Le plan de diffusion définit le mécanisme par lequel tous les intervenants reçoivent les informations relatives aux progrès, résultats et impact des interventions. La diffusion des informations aux niveaux décentralisés se fera à travers les rapports d'activités (trimestriels, semestriels, annuels).

Au niveau central, un rapport annuel sera produit et largement diffusé au cours d'une rencontre annuelle rassemblant les décideurs et les acteurs. Ce rapport sera édité et diffusé à travers des canaux de diffusion habituels.

Tableau 4 : Canaux et cadres de concertation pour la diffusion de l'information

| Canaux et cadres de concertation pour la diffusion de l'information | |
|--|--|
| CANAUX DE DIFFUSION | CADRES DE CONCERTATION |
| <ul style="list-style-type: none"> • Revue semestrielle du PNLP • Rapport annuel du GTC/PNLP • Rapports d'études et de recherches • Rapport de progrès • Rapports réunions/ateliers/séminaires • Presse et média • Site Web du PNLP | <ul style="list-style-type: none"> • Sessions biannuelles du CNRBM • Ateliers bilans et de programmation • Missions de supervision • Rencontres de plaidoyer • Réunions semestrielles du forum des Partenaires • Séminaires/ateliers/réunion |

12.2 Utilisation des données

Les données de suivi et d'évaluation devront être utilisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, elles sont utilisées pour :

- Le plaidoyer : plaidoyer auprès du gouvernement, bailleurs des fonds et autres partenaires
- Planification : se basant sur les leçons apprises l'on réoriente les interventions et les ressources
- Prise de décision : une prise de décision basée sur l'évidence pour la recherche de financement et l'amélioration des interventions.

13. RENFORCEMENT DES CAPACITES

Pour la mise en œuvre du plan de suivi évaluation, les besoins en renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du secteur public et de la société civile seront identifiés afin d'améliorer leur performance. Ces besoins seront identifiés au niveau de la programmation du plan stratégique. Il s'agira des besoins en formations, recyclages et assistance techniques. Un plan de renforcement des capacités budgétisé à partir des besoins identifiés lors de l'analyse de la situation des capacités existantes en matière des ressources humaines de suivi et évaluation sera élaboré et soumis aux acteurs et partenaires.

Cependant, les acteurs ont été formés à tous les niveaux à l'utilisation des outils harmonisés de collecte des données.

14. PLAN DE MISE EN ŒUVRE ET BUDGET

Tableau 5 : Plan de travail budgétisé

| N° | Libellé | Budget Nécessaire (total période) en FCFA | Période de réalisation | | | | | Responsable |
|--|--|---|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--|
| | | | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | |
| Objectif: Améliorer la disponibilité et l'utilisation de l'information sanitaire de qualité relative à la lutte contre le paludisme pour la prise de décision à temps à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du Cameroun d'ici 2018. | | | | | | | | |
| INTERVENTION 1: Le Suivi | | | | | | | | |
| | Organiser un atelier d'élaboration/harmonisation et de validation des différents outils de collecte par niveau (sur les bénéficiaires, les produits distribués, et les personnes formées) | 8 855000 | 8 855000 | | | | | appui au système pour la collecte des données |
| | Production des outils | 1869500000 | 373900000 0 | 373900000 | 373900000 | 373900000 | 373900000 | |
| | Appuyer logistiquement et financièrement la collecte régulière des données au niveau du <u>district</u> | 300000000 | 60000000 | 60000000 | 60000000 | 60000000 | 60000000 | |
| | Appuyer logistiquement et financièrement la collecte régulière des données au niveau des <u>aires de santé</u> | 1320000000 | 264000000 0 | 264000000 | 264000000 | 264000000 | 264000000 | |
| | Tenir régulièrement des réunions d'exploitation des données et de reporting et de feedback à tous les niveaux | 1689750000 | 337950000 0 | 337950000 | 337950000 | 337950000 | 337950000 | |
| | Elaborer et réviser les Procédures, Normes et Standards (PNS) par niveau (<i>standard operating procedures</i>) pour la collecte, l'agrégation, l'analyse et l'archivage des données, incluant les définitions opérationnelles | 16219000 | 16219000 | | | | | analyser et diffuser les données |
| | Organiser des réunions de suivi de l'élaboration des PNS avec des personnes ressources du MINSANTE | 235500 | 235500 | | | | | |

| | | Budget Nécessaire (total période) | Période de réalisation | | | | | Responsable |
|--|--|---|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------------------------------|
| | Organiser un atelier national de validation des PNS | 5152000 | 5152000 | | | | | |
| | Former les intervenants des régions et districts de santé à l'utilisation des outils de collecte des données, analyse et diffusion des données et prise de décision | 302550000 | 100850000 | | 100850000 | | 100850000 | |
| | <i>Former les intervenants des aires de santé et des formations sanitaires à l'utilisation des outils de collecte des données, analyse et diffusion des données et prise de décision</i> | 1682400000 | 560800000 | | 560800000 | | 560800000 | |
| | Organiser un atelier d'élaboration des outils de supervision intégrée (S&E du PNLP inclus), avec pre-test | 5525000 | 5525000 | | | | | supervision et contrôle |
| | Organiser un atelier national de validation des outils de supervision intégrée | 3199500 | 3199500 | | | | | |
| | Former les superviseurs <u>nationaux et régionaux</u> aux techniques de supervision intégrée | 37830000 | 12610000 | | 12610000 | | 12610000 | |
| | Former les superviseurs de <u>district</u> aux techniques de supervision intégrée | 480900000 | 160300000 | | 160300000 | | 160300000 | |
| | Mener 2 supervisions (/an) du niveau central vers les régions (<i>intégrées</i>) | 1354000000 | 270800000 | 270800000 | 270800000 | 270800000 | 270800000 | |
| | Mener 4 supervisions (/an) des régions vers les districts (<i>intégrées</i>) | 1440000000 | 288000000 | 288000000 | 288000000 | 288000000 | 288000000 | |
| | Mener 4 supervisions (/an) des districts vers les aires sanitaires (formations sanitaires, niveau communautaire) (<i>intégrées</i>) | 6400000000 | 1280000000 | 1280000000 | 1280000000 | 1280000000 | 1280000000 | |
| | Mener 1 supervisions (/mois) des aires sanitaires vers les agents de santé | 4800000000 | 960000000 | 960000000 | 960000000 | 960000000 | 960000000 | |

| | | Budget Nécessaire (total période) | Période de réalisation | | | | | Responsable |
|--|--|---|------------------------|------------|------------|------------|------------|--|
| | communautaires | | | | | | | |
| | Effectuer une visite (/an) de contrôles de qualité des données et des rapports des <u>régions(intégrée)</u> | 1354000000 | 270800000 0 | 270800000 | 270800000 | 270800000 | 270800000 | |
| | Effectuer 2 visites (/an) de contrôles de qualité des données et des rapports de <u>district (intégrée)</u> | 1800000000 | 360000000 | 360000000 | 360000000 | 360000000 | 360000000 | |
| | Effectuer 2 visites (/an) de contrôles de qualité des données et des rapports des <u>aires sanitaires</u> (formation sanitaires et communauté) (intégrées) | 6000000000 | 1200000000 0 | 1200000000 | 1200000000 | 1200000000 | 1200000000 | |
| | Organiser deux réunions de coordination au niveau national par an | 1447500000 | 289500000 | 289500000 | 289500000 | 289500000 | 289500000 | |
| | Organiser 2 réunions annuelles de planification et de coordination par région | 5205000000 | 1041000000 0 | 1041000000 | 1041000000 | 1041000000 | 1041000000 | |
| | Renforcer l'équipement de tous les districts de santé en matériel informatique | 8640000000 | 8640000000 | | | | | renforcer la transmission des données |
| | Equiper tous les districts de santé et les régions d'Internet mobile | 5000000000 | 5000000000 | | | | | |
| | Frais de consommation internet(incluant téléphonie IP, les SMS et autres services) | 3600000000 | 7200000000 | 7200000000 | 7200000000 | 7200000000 | 7200000000 | |
| | Antivirus ayant deux années de validité | 1800000000 | 6000000000 | | 60 0000000 | | 6000000000 | |
| | Création et hébergement d'un site web chargé de gérer les données du PNLN via Internet | 1460000000 | 1460000000 | | | | | |
| | Formation de 5 personnes comme experts de l'application DHIS2 | 3750000000 | 3750000000 | | | | | |
| | Formation du personnel à l'utilisation de l'application DHIS2 | 7728000000 | 2576000000 0 | | 2576000000 | | 2576000000 | |

| | | Budget Nécessaire (total période) | Période de réalisation | | | | | Responsable |
|---|---|---|------------------------|--|-----------|--|-----------|---|
| | Acquérir des véhicules (4 X 4) pour le suivi des activités de lutte contre le paludisme au GTC-PNLP et dans les régions | 129500000 | 129500000 | | | | | |
| | achat du matériel pour la surveillance(téléphones portables) | 25000000 | 25000000 | | | | | |
| INTERVENTION 2: L'Evaluation | | | | | | | | |
| | Evaluer le plan stratégique national 2014-2018 (<i>Malaria indicator survey</i>) | 213000000 | 710000000 | | 710000000 | | 710000000 | évaluation à mi-parcours |
| | Effectuer la revue du PSNLP | 50000000 | | | | | 50000000 | revue de la stratégie |
| | Organiser les réunions des commissions d'élaboration du draft 0 du plan stratégique 2019 - 2023 (1commission/axe stratégique du PNLP) | 45930000 | | | | | 45930000 | préparation de prochain plan stratégique national |
| | Produire et distribuer le nouveau plan stratégique national à tous les partenaires et acteurs | 4500000 | | | | | 4500000 | |
| | Organiser les réunions d'élaboration du draft 0 du plan de suivi-évaluation du PNSLP 2018 - 2023 | 31185000 | 31185000 | | | | | |
| | Produire et distribuer le nouveau plan stratégique national à tous les partenaires et acteurs | 4500000 | 4500000 | | | | | |
| INTERVENTION 3: Surveillance épidémiologique | | | | | | | | |
| | Former les intervenants des régions et districts de santé à la surveillance épidémiologique | 4450000 | 14850000 | | 14850000 | | 14850000 | formation pour la surveillance |
| | <i>Former les intervenants des aires de santé et des formations sanitaires à la surveillance épidémiologique</i> | 177660000 | 592200000 | | 592200000 | | 592200000 | |
| | Former le personnel des sites sentinelles | 129402000 | 43134000 | | 43134000 | | 43134000 | rendre opérationne |

| | | Budget Nécessaire (total période) | Période de réalisation | | | | | Responsable |
|--|--|---|------------------------|----------|----------|----------|----------|-------------------------|
| | Evaluer l'efficacité et la tolérance des antipaludiques (une étude multicentrique /an, en alternant les sites) | 156700000 | 31340000 | 31340000 | 31340000 | 31340000 | 31340000 | I les sites sentinelles |
| | Evaluer l'impact des mesures de contrôle sur le poids épidémiologiques de la maladie (une étude multicentrique /an) | 375000000 | 75000000 | 75000000 | 75000000 | 75000000 | 75000000 | |
| | Suivre la susceptibilité des vecteurs aux insecticides (une étude multicentrique /an) | 45000000 | 9000000 | 9000000 | 9000000 | 9000000 | 9000000 | |
| | Mener des études comportementales sur l'utilisation des méthodes de lutte contre le paludisme (une étude multicentrique /an) | 160500000 | 32100000 | 32100000 | 32100000 | 32100000 | 32100000 | |
| | Mener une étude sur la transmission du paludisme dans les sites sentinelles | 136000000 | 27200000 | 27200000 | 27200000 | 27200000 | 27200000 | |
| | Mener une étude sur l'efficacité des LLINs dans les sites sentinelles | 68800000 | 13760000 | 13760000 | 13760000 | 13760000 | 13760000 | |
| | Organiser un atelier d'élaboration des plans de riposte | 16575000 | 5525000 | | 5525000 | | 5525000 | riposte aux épidémies |
| | Organiser un atelier national de validation des plans de riposte | 9598500 | 3199500 | | 3199500 | | 3199500 | |
| | Former le personnel à la riposte | 25959000 | 8653000 | | 8653000 | | 8653000 | |
| | Investiguer les cas | 37252500 | 7450500 | 7450500 | 7450500 | 7450500 | 7450500 | |
| | Diagnostiquer, traiter les cas et sensibiliser les populations | 227500000 | 45500000 | 45500000 | 45500000 | 45500000 | 45500000 | |
| | TOTAL BUDGET SUIVI-EVALUATION | 33649218000 | | | | | | |

Le budget total de suivi et évaluation est de 33 649 218 000 FCFA représentant 14,17% de l'ensemble du budget du Plan Stratégique National 2014-2018 qui s'élève à 237.320.000.000 FCFA.

ANNEXES

ANNEXE 1 : FICHES DE REFERENCE DES INDICATEURS

| |
|--|
| Nom de l'indicateur : Taux de mortalité toutes causes confondues chez les enfants de moins de 5 ans |
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet de mesurer l'impact des interventions au niveau du pays |
| Définition de l'indicateur : Numérateur: nombre de décès toutes causes confondues chez les enfants de moins de 5 ans Dénominateur: nombre total des enfants de moins de 5 ans au cours de la période enquêtée |
| Méthode de mesure: Cet indicateur est collecté au cours des enquêtes dans les ménages à l'aide des méthodes directes ou indirectes |
| Fréquence: tous les 2 à 5 ans |
| Source(s) de données: enquêtes EDS, MICS, MIS |
| Responsable : MINISANTE/PNLP |
| Limites :- grands intervalles entre les enquêtes <ul style="list-style-type: none"> - Sous-estimation de l'impact si la période concernée par l'enquête ne coïncide pas avec la période d'extension des interventions - Difficulté de détecter une baisse de la mortalité toutes causes confondues lorsqu'on a des baisses relativement faibles des décès liés au paludisme |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| |
|--|
| Nom de l'indicateur : Taux d'incidence du paludisme |
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet de mesurer l'impact des interventions au niveau du pays |
| Définition de l'indicateur : Numérateur : Nombre des cas de paludisme confirmé par le laboratoire pour 1 000 personnes et par an Dénominateur : population totale |
| Méthode de mesure: Cet indicateur est collecté au niveau des formations sanitaires et des agents de santé communautaires dans les différents registres |
| Fréquence: annuelle |
| Source(s) de données: SNIS |
| Responsable : PNLP, CIS |
| Limites : Non maîtrise de l'indicateur par les prestataires, besoin de standardiser les méthodes de diagnostic, complétude insuffisante |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: Formation, supervision |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois |
|---|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la charge de morbidité du paludisme |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: nombre d'enfants de 6 à 59 mois avec un test de diagnostic biologique du paludisme positif par la microscopie ou le TDR Dénominateur: nombre total d'enfants de 6 à 59 mois testés par la microscopie ou le TDR pour le diagnostic biologique du paludisme |
| Méthode de mesure: indicateur collecté lors des enquêtes |
| Fréquence: Tous les 2 à 5 ans |
| Source(s) de données: EDS, MIS |
| Responsable : MINISANTE/PNLP |
| Limites : sensibilité et spécificité de la microscopie et du TDR |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: Formation et supervision des enquêteurs, double lecture des lames |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Nombre de décès dus au paludisme confirmé pour 1000 personnes par an chez les patients hospitalisés |
|---|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la qualité de la prise en charge (diagnostic précoce et traitement conforme à la politique nationale) |
| Définition de l'indicateur: Numérateur : Nombre des décès dus au paludisme confirmé parmi les patients hospitalisés dans les formations sanitaires au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total des patients hospitalisés pour paludisme enregistrés dans les formations sanitaires pendant la même période |
| Méthode de mesure: Cet indicateur est collecté au niveau des formations sanitaires dans les différents registres |
| Fréquence: mensuelle |
| Source(s) de données: registres et rapports périodiques des formations sanitaires |
| Responsable : MINISANTE /PNLP |
| Limites : en cas de non confirmation, les décès dus à d'autres pathologies peuvent être attribués au paludisme |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: Formation, supervision |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Taux de positivité des lames |
|---|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet de mesurer la charge de la morbidité du paludisme |
| Définition de l'indicateur: |
| Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés par microscopie pendant un mois/une année |
| Dénominateur : Nombre de cas suspects de paludisme testés par microscopie pendant un mois/une année |
| Méthode mesure: Cet indicateur est collecté en routine dans les formations sanitaires (registres de laboratoire) |
| Fréquence: mensuelle |
| Source(s) de données: registre de laboratoire, rapports périodiques des formations sanitaires |
| Responsable : MINISANTE/PNLP |
| Limites : - microscopistes peu performants - Microscopes défectueux - Mauvaise qualité des réactifs |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: formation des microscopistes, équipement en microscopes |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Taux de positivité des Tests Diagnostiques Rapides |
|--|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet de mesurer la charge de la morbidité du paludisme |
| Définition de l'indicateur: |
| Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés par Tests Diagnostiques Rapides pendant un mois/une année |
| Dénominateur : Nombre de cas suspects de paludisme testés par les Tests Diagnostiques Rapides pendant un mois/une année |
| Méthode mesure: Cet indicateur est collecté en routine dans les formations sanitaires (registres de laboratoire) |
| Fréquence: mensuelle |
| Source(s) de données: registre de laboratoire, rapports périodiques des formations sanitaires |
| Responsable : MINISANTE/PNLP |
| Limites : sensibilité et spécificité des TDR |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: Formation des techniciens de laboratoire |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| |
|--|
| Nom de l'indicateur : Pourcentage des cas de paludisme confirmé parmi tous les nouveaux cas dans les formations sanitaires |
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet de mesurer le poids du paludisme dans la morbidité globale |
| Définition de l'indicateur: |
| Numérateur : nombre total des cas de paludisme confirmé reçus dans les formations sanitaires |
| Dénominateur : nombre total des cas reçus dans les formations sanitaires |
| Méthode mesure: en routine dans les formations sanitaires |
| Fréquence: mensuelle |
| Source(s) de données: registres des consultations et hospitalisation, rapports périodiques des formations sanitaires |
| Responsable : MINISANTE /responsables des formations sanitaires |
| Limites : faible complétude des données des formations sanitaires, taux de confirmation insuffisant au laboratoire, recours aux soins insuffisants dans certaines localités |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: Supervision, sensibilisation et formation du personnel pour la collecte et l'analyse des données. |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| |
|--|
| Nom de l'indicateur : taux de mortalité due au paludisme |
| DESCRIPTION |
| Justification: permet d'évaluer la charge de mortalité du paludisme dans la population générale |
| Définition de l'indicateur: |
| Numérateur: Nombre de décès dus au paludisme confirmés par le laboratoire pour 100 000 personnes et par an |
| Dénominateur: population totale |
| Méthode mesure: en routine dans les formations sanitaires et dans les sites des soins communautaires |
| Fréquence: mensuelle |
| Source(s) de données: Registre de consultation, registre de laboratoire, registre d'hospitalisation et registre de décès, fiches des ASC |
| Responsable : MINISANTE |
| Limites : faible recours aux soins, décès communautaires insuffisamment notifiés |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: Formation des ASC à la notification des cas de décès communautaire, sensibilisation de la population pour le recours aux soins. |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| |
|--|
| Nom de l'indicateur : Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête, qui ont subi un prélèvement sanguin de test de dépistage du paludisme au doigt ou au talon |
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'identifier une couverture de base du diagnostic du paludisme et guider l'intensification ultérieure des programmes de diagnostic du paludisme |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête, qui ont subi un prélèvement sanguin au doigt ou au talon dans le cadre d'un test de dépistage du paludisme Dénominateur: Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu une fièvre au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête |
| Méthode mesure: indicateur collecté au cours des enquêtes ménages |
| Fréquence: 3 à 5 ans |
| Source(s) de données: EDS, MICS, MIS |
| Responsable : MINISANTE/PNLP |
| Limites : collecte laborieuse |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: formation des enquêteurs |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| |
|--|
| Nom de l'indicateur : Pourcentage de cas de paludisme simple confirmés qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale |
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier le respect de la politique |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: nombre de cas de paludisme simple confirmés vus en consultation dans les formations sanitaires ou par les agents de santé communautaires qui ont reçu un traitement correct avec une ACT conformément à la politique nationale Dénominateur: nombre total de cas de paludisme simple confirmés par TDR ou microscopie |
| Méthode mesure: enquête |
| Fréquence: 2 à 5 ans |
| Source(s) de données: EDS, MICS, MIS |
| Responsable : MINISANTE/ PNLP |
| Limites : difficultés dans la collecte des données |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: formation et supervision des enquêteurs |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Proportion de personnes hospitalisées pour paludisme grave confirmé ayant reçu un traitement conformément à la politique nationale dans les établissements de soins |
|--|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier le respect de la politique nationale en rapport avec le traitement du paludisme grave |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: nombre de personnes admises en milieu hospitalier pour paludisme grave confirmé (TDR ou microscopie) qui ont reçu un traitement conformément à la politique nationale de traitement du paludisme grave (quinine ou artésunate injectable) Dénominateur: nombre total de personnes admises dans les établissements de soins pour paludisme grave |
| Méthode mesure: en routine dans les formations sanitaires |
| Fréquence : mensuelle |
| Source(s) de données: registres des consultations, d'hospitalisation et de laboratoire, rapports périodiques des formations sanitaires |
| Responsable : MINISANTE/responsable des formations sanitaires |
| Limites : faible complétude des données, mauvaise tenue des registres |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: formation et supervision des prestataires des soins |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Pourcentage des personnes qui connaissent la cause, les symptômes, le traitement ou les mesures préventives en lien avec le paludisme |
|--|
| DESCRIPTION |
| Justification: Une meilleure connaissance du paludisme (cause, symptômes, traitements et mesures de prévention) constitue une première étape essentielle vers le changement de comportement, tel que l'amélioration de l'utilisation de moustiquaires ou de la recherche de soins, particulièrement pour les agents de santé. |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: Nombre de personnes qui connaissent les causes, les symptômes, le traitement ou les mesures préventives en lien avec le paludisme Dénominateur: Nombre de personnes enquêtées |
| Méthode mesure: enquête ménage |
| Fréquence: 3 à 5 ans |
| Source(s) de données: EDS, MICS, MIS |
| Responsable : MINISANTE/ PNL |
| Limites : faible qualité des données collectées |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: formation et supervision des enquêteurs |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de TPI pendant leur dernière grossesse |
|--|
| DESCRIPTION |
| Justification: L'indicateur permet de mesurer le niveau national de l'utilisation du traitement préventif à la SP pour prévenir le paludisme chez la femme durant leur grossesse |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: nombre de femmes ayant reçu au moins trois doses de TPI pendant leur dernière grossesse menée à terme au cours des deux dernières années Dénominateur: nombre total de femmes interrogées ayant mené leur dernière grossesse à terme au cours des deux dernières années |
| Méthode mesure: enquêtes ménages |
| Fréquence: 3 à 5 ans |
| Source(s) de données: EDS, MICS, MIS |
| Responsable : MINISANTE/ PNL |
| Limites : faible qualité des données collectées |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: formation et supervision des enquêteurs |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins trois doses de TPI au cours des CPN |
|--|
| DESCRIPTION |
| Justification: Dans les zones où la transmission du paludisme est stable, il a été prouvé que le traitement préventif intermittent avec deux à trois doses d'un médicament antipaludique recommandé (actuellement sulfadoxine-pyriméthamine) pendant la grossesse permet de réduire de manière significative le risque d'anémie maternelle grave, la parasitémie placentaire et les faibles poids de naissance. L'OMS recommande à toutes aux femmes enceintes vivant dans des zones où la transmission du paludisme est stable de recevoir au moins deux doses d'un traitement préventif intermittent lors des consultations prénatales planifiées régulièrement |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: nombre de femmes ayant reçu au moins trois doses de SP au cours de la CPN Dénominateur: nombre total de femmes reçues pour la CPN |
| Méthode mesure: en routine dans les formations sanitaires |
| Fréquence: mensuelle |
| Source(s) de données: registre des CPN, rapports périodiques des formations sanitaires |
| Responsable : MINISANTE/responsables des formations sanitaires |
| Limites : Les données relatives aux soins prénataux peuvent être incomplètes et ne pas refléter la réalité dans les régions dans lesquelles les agents de santé communautaires fournissent des traitements préventifs intermittents ou dans lesquelles un nombre significatif de femmes fréquentent des cliniques privées pour leurs consultations prénatales |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: formation et supervision des prestataires des soins et des agents de santé communautaires |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action |
|---|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur mesure la capacité des ménages à se protéger contre les piqûres des moustiques |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: nombre de ménages enquêtés possédant au moins une MILDA Dénominateur: nombre total de ménages enquêtés |
| Méthode mesure: enquête ménage |
| Fréquence: 2 à 5 ans |
| Source(s) de données: EDS, MICS, MIS |
| Responsable : MINISANTE/ PNL |
| Limites : accessibilité géographique, faible qualité des données |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: supervision des enquêteurs |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action pour deux personnes à risque |
|---|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur mesure la capacité des ménages à se protéger contre les piqûres des moustiques conformément aux normes de l'OMS |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: Nombre de ménages recensés possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes à risque Dénominateur: Nombre de ménages enquêtés |
| Méthode mesure: enquête ménage |
| Fréquence: 2 à 5 ans |
| Source(s) de données: EDS, MICS, MIS |
| Responsable : MINISANTE/PNL |
| Limites : accessibilité géographique, faible qualité des données |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: supervision des enquêteurs |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Pourcentage de personnes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action la nuit précédente |
|--|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la protection de la population contre les piqûres des moustiques pour prévenir le paludisme |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: Nombre de personnes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédant l'enquête Dénominateur : Nombre de personnes qui ont passé la nuit précédente dans les ménages enquêtés |
| Méthode mesure: enquête ménage |
| Fréquence: 2 à 5 ans |
| Source(s) de données: EDS, MICS, MIS |
| Responsable : MINISANTE/ PNL |
| Limites : accessibilité géographique, faible qualité des données |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: supervision des enquêteurs |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action la nuit précédente |
|---|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la protection des femmes enceintes contre les piqûres des moustiques pour prévenir le paludisme |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: Nombre de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédant l'enquête Dénominateur : Nombre de femmes enceintes qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans les ménages enquêtés |
| Méthode mesure: enquête ménage |
| Fréquence: 2 à 5 ans |
| Source(s) de données: EDS, MICS, MIS |
| Responsable : MINISANTE/ PNL |
| Limites : accessibilité géographique, faible qualité des données |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: supervision des enquêteurs |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action la nuit précédente |
|---|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la protection des enfants de moins de 5 ans contre les piqûres des moustiques pour prévenir le paludisme |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: Nombre des enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédant l'enquête Dénominateur : Nombre des enfants de moins de 5 ans qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans les ménages enquêtés |
| Méthode mesure: enquête ménage |
| Fréquence: 2 à 5 ans |
| Source(s) de données: EDS, MICS, MIS |
| Responsable : MINISANTE/ PNLP |
| Limites : accessibilité géographique, faible qualité des données |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: supervision des enquêteurs |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Pourcentage de ménages ayant bénéficié de la pulvérisation intra domiciliaire (PID) au cours des 12 derniers mois |
|--|
| DESCRIPTION |
| Justification: permet d'apprécier la protection de la population contre les piqûres des moustiques par l'action des insecticides à effet rémanent |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: nombre de ménages qui ont bénéficié de la PID dans les zones cibles au cours des 12 derniers mois Dénominateur: nombre total de ménages dans les zones cibles au cours des 12 derniers mois |
| Méthode mesure: collecté en routine |
| Fréquence: annuelle |
| Source(s) de données: rapports périodiques des Districts de santé |
| Responsable : District de santé |
| Limites : faible complétude des données |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: formation et supervision du personnel chargé de la collecte |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Pourcentage de la population des zones cibles couverte par la PID |
|--|
| DESCRIPTION |
| Justification: Permet de mesurer la proportion de la population des zones cibles couvertes par la PID |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: nombre de personnes vivant dans des ménages ayant bénéficié de la PID au moment de la pulvérisation Dénominateur: nombre total de personnes vivant dans la zone cible au moment de la pulvérisation |
| Méthode mesure: en routine |
| Fréquence: annuelle |
| Source(s) de données: rapports périodiques des Districts de santé |
| Responsable : District de santé |
| Limites : faible complétude des données |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: formation et supervision du personnel chargé de la collecte |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Pourcentage des ménages équipés d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action et /ou ayant fait l'objet de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent au cours des 12 derniers mois |
|--|
| DESCRIPTION |
| Justification: permet d'apprécier la capacité de la population à se protéger contre les piqûres des moustiques pour prévenir le paludisme |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: Nombre de ménages qui ont bénéficié d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide et/ou d'une pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent au cours des 12 derniers mois Dénominateur : Nombre total de ménages enquêtés |
| Méthode mesure: enquête |
| Fréquence: 2 à 5 ans |
| Source(s) de données: EDS, MIS |
| Responsable : MINISANTE/PNLP |
| Limites : biais de rappel, les estimations peuvent être faussées à la hausse si la personne interrogée confond la pulvérisation avec des insecticides résiduels et celle avec des produits ménagers |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: formation et supervision des enquêteurs |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Pourcentage de personnes exposées aux messages en faveur de la lutte contre le paludisme qui ont adopté des comportements favorables à la lutte contre le paludisme |
|---|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la qualité de la communication en faveur de la lutte contre le paludisme |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: Nombre de personnes recensées qui déclarent avoir été exposées aux messages de la lutte contre le paludisme et qui ont adopté des comportements favorables à la lutte contre le paludisme Dénominateur : Nombre de personnes recensées qui déclarent avoir été exposées aux messages de la lutte contre le paludisme |
| Méthode mesure: enquête |
| Fréquence: 2 à 5 ans |
| Source(s) de données: EDS, MICS, MIS |
| Responsable : MINISANTE/PNLP |
| Limites : faible qualité des données collectées |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: formation et supervision des enquêteurs |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Nombre de formations sanitaires ayant la capacité d'effectuer des diagnostics par microscopie ou tests diagnostiques rapides |
|---|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la qualité et la précocité du diagnostic du paludisme |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: nombre de formations sanitaires disposant d'un technicien de laboratoire formé, d'un microscope approprié et des réactifs, des Tests de diagnostic rapides pour le diagnostic du paludisme Dénominateur : nombre total des formations sanitaires enquêtées |
| Méthode mesure: collecté en routine |
| Fréquence: trimestrielle |
| Source(s) de données: rapports périodiques des formations sanitaires |
| Responsable : MINISANTE/PNLP |
| Limites : faible complétude des données |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: sensibilisation des responsables des formations sanitaires |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| |
|---|
| Nom de l'indicateur : Nombre de tests diagnostiques rapides pour le paludisme réalisés et interprétés par le personnel de santé |
| DESCRIPTION |
| Justification: permet d'apprécier la qualité du diagnostic du paludisme par les tests diagnostiques rapides dans les formations sanitaires |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: Nombre de tests diagnostiques rapides pour le paludisme réalisés et interprétés par le personnel de santé Dénominateur : 1 |
| Méthode mesure: routine |
| Fréquence: mensuelle |
| Source(s) de données: registre de laboratoire, rapports périodiques des formations sanitaires |
| Responsable : PNL/Responsables des formations sanitaires |
| Limites : faible complétude |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations: sensibilisation des responsables des formations sanitaires |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| |
|--|
| Nom de l'indicateur : Nombre de tests diagnostiques rapides pour le paludisme réalisés et interprétés par les Agents de Santé Communautaires |
| DESCRIPTION |
| Justification: permet d'apprécier la qualité du diagnostic du paludisme par les tests diagnostiques rapides dans la communauté |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: Numérateur : Nombre de tests diagnostiques rapides pour le paludisme réalisés et interprétés par les Agents de Santé Communautaire Dénominateur : 1 |
| Méthode mesure: routine |
| Fréquence: mensuelle |
| Source(s) de données: rapports des agents de santé communautaires |
| Responsable : PNL/ASC |
| Limites : faible qualité des données |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: formation et supervision des ASC |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Pourcentage des cas suspects de paludisme testés par GE ou TDR |
|--|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la capacité de confirmation du paludisme |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: nombre des cas suspects de paludisme testés à la GE ou TDR Dénominateur : nombre total des cas suspects de paludisme reçus dans les formations sanitaires ou dans la communauté |
| Méthode mesure: Routine |
| Fréquence: mensuelle |
| Source(s) de données: registre de laboratoire, rapports périodiques des formations sanitaires |
| Responsable : PNLP/Responsables des formations sanitaires |
| Limites : faible complétude |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: sensibilisation des responsables des formations sanitaires |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées aux enfants de moins d'une année |
|---|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier le niveau de mise en œuvre des activités visant le maintien de la couverture en MILDA |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées aux enfants de moins d'une année Dénominateur : 1 |
| Méthode mesure: Routine |
| Fréquence: mensuelle |
| Source(s) de données: registre de consultation préscolaire, rapports périodiques des formations sanitaires |
| Responsable : MINISANTE/Responsables des formations sanitaires |
| Limites : faible complétude |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations: sensibilisation des responsables des formations sanitaires |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| |
|---|
| Nom de l'indicateur : Nombre de Partenaires impliqués dans le partenariat Faire Reculer le Paludisme dans le pays |
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier le niveau de participation des partenaires à la lutte contre le paludisme |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: Nombre de Partenaires impliqués dans le partenariat Faire Reculer le Paludisme dans le pays Dénominateur : 1 |
| Méthode mesure: Routine |
| Fréquence: annuelle |
| Source(s) de données: rapports annuels du PNLP |
| Responsable : MINISANTE/PNLP |
| Limites : |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| |
|---|
| Nom de l'indicateur : Nombre d'Associations/groupes communautaires impliqués dans la lutte contre le paludisme dans le pays |
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier le niveau de participation de la communauté à la lutte contre le paludisme |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: Nombre d'Associations/groupes communautaires impliqués dans la lutte contre le paludisme dans le pays Dénominateur : 1 |
| Méthode mesure: Routine |
| Fréquence: annuelle |
| Source(s) de données: rapports annuels du PNLP |
| Responsable : MINISANTE/PNLP |
| Limites : |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| |
|---|
| Nom de l'indicateur : Nombre d'études sur l'efficacité des antipaludiques réalisées conformément au protocole de l'OMS |
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la qualité des études réalisées sur l'efficacité des antipaludiques |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: Nombre d'études d'efficacité des antipaludiques, menées conformément au protocole de l'Organisation mondiale de la Santé Dénominateur :1 |
| Méthode mesure: Routine |
| Fréquence: annuelle |
| Source(s) de données: rapports annuels du PNL |
| Responsable : MINISANTE/PNL |
| Limites : |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| |
|---|
| Nom de l'indicateur : Nombre d'études sur l'efficacité des insecticides réalisées conformément au protocole de l'OMS |
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la qualité des études réalisées sur l'efficacité des insecticides |
| Définition de l'indicateur: Numérateur: Nombre d'études d'efficacité des antipaludiques, menées conformément au protocole de l'Organisation mondiale de la Santé Dénominateur :1 |
| Méthode mesure: Routine |
| Fréquence: annuelle |
| Source(s) de données: rapports annuels du PNL |
| Responsable : MINISANTE/PNL |
| Limites : |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Nombre d'études sur l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticides réalisées conformément au protocole de l'OMS |
|--|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la qualité des études réalisées sur l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticides |
| Définition de l'indicateur: Numérateur : Nombre d'études sur l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticides, menées conformément au protocole de l'Organisation mondiale de la Santé Dénominateur : 1 |
| Méthode mesure: Routine |
| Fréquence: annuelle |
| Source(s) de données: rapports annuels du PNL |
| Responsable : MINISANTE/PNL |
| Limites : |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Pourcentage de ménages ayant au moins un enfant de moins de 5 ans et/ou une femme enceinte ayant reçu une visite pour les activités de communication interpersonnelles au cours du mois |
|---|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier les efforts de la communication pour le changement de comportement des populations cibles |
| Définition de l'indicateur: Numérateur : ménages avec au moins un enfant de moins de 5 ans et/ou une femme enceinte ayant reçu une visite pour les activités de communication interpersonnelle au cours du mois Dénominateur : nombre total des ménages avec au moins un enfant de moins de 5 ans et/ou une femme enceinte dans la zone d'intervention |
| Méthode mesure: Routine |
| Fréquence: mensuelle |
| Source(s) de données: rapports périodiques des Districts de santé |
| Responsable : MINISANTE/District de santé |
| Limites : |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| |
|--|
| Nom de l'indicateur : Pourcentage des établissements de santé soumettant des rapports complets et à temps, conformément aux directives nationales |
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la promptitude dans l'envoi des rapports |
| Définition de l'indicateur: Numérateur : Nombre d'établissements de santé qui ont communiqué tous les rapports demandés complets en temps opportun, conformément aux directives nationales, durant la période de communication de l'information Dénominateur : Nombre d'établissements de santé |
| Méthode mesure: Routine |
| Fréquence: mensuelle |
| Source(s) de données: rapports périodiques des Districts de santé |
| Responsable : MINISANTE/District de santé |
| Limites : faible complétude |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: sensibilisation des DS |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| |
|---|
| Nom de l'indicateur : Pourcentage de leaders/Stars/Vedettes impliqués dans la lutte contre Paludisme dans le pays |
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier le niveau de participation des leaders et autres notoriétés dans la lutte contre le paludisme |
| Définition de l'indicateur: Numérateur : Nombre de leaders/Stars/Vedettes impliqués dans la lutte contre Paludisme dans le pays Dénominateur : Nombre de leaders/Stars/Vedettes recensés |
| Méthode mesure: Routine |
| Fréquence: annuelle |
| Source(s) de données: rapports annuels du PNL |
| Responsable : MINISANTE/PNL |
| Limites : |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Pourcentage des formations sanitaires sans rupture de stock d'intrants antipaludiques |
|---|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la disponibilité des intrants antipaludiques au niveau des formations sanitaires |
| Définition de l'indicateur: Numérateur : formations sanitaires sans rupture de stock d'intrants antipaludiques Dénominateur : nombre total des formations sanitaires considérées |
| Méthode mesure: Routine |
| Fréquence: mensuelle |
| Source(s) de données: fiches de stock des intrants antipaludiques, rapports périodiques des formations sanitaires |
| Responsable : MINISANTE/Responsables des formations sanitaires |
| Limites : |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Taux de mobilisation des ressources du PSNLP |
|---|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la disponibilité des ressources pour la mise en œuvre des activités du PSNLP |
| Définition de l'indicateur: Numérateur : fonds mobilisés pour la mise en œuvre du plan stratégique Dénominateur : fonds nécessaires requis pour la mise en œuvre du plan stratégique |
| Méthode mesure: Routine |
| Fréquence: trimestrielle |
| Source(s) de données: relevés des comptes bancaires du PNL, rapports trimestriels du PNL |
| Responsable : MINISANTE/PNL |
| Limites : |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Pourcentage d'épidémies et des situations d'urgence ayant bénéficié d'une riposte adéquate |
|---|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la capacité de riposter efficacement aux épidémies et situations d'urgence |
| Définition de l'indicateur: Numérateur : nombre d'épidémies et des situations d'urgence survenues au cours des 12 derniers mois détectées et pour lesquelles des mesures appropriées de riposte sont intervenues dans le délai recommandé Dénominateur : nombre d'épidémies et des situations d'urgence rapportées au cours des 12 derniers mois |
| Méthode mesure: Routine |
| Fréquence: mensuelle |
| Source(s) de données: rapports d'investigation des épidémies et situations d'urgence |
| Responsable : MINISANTE/DLMEP/PNLP |
| Limites : Non maîtrise du seuil épidémique par les prestataires |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites: formation des prestataires en surveillance épidémiologique et riposte |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| Nom de l'indicateur : Proportion des indicateurs issus des résultats probants de la recherche opérationnelle qui sont renseignés |
|--|
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier la disponibilité des informations utiles issues de la recherche opérationnelle |
| Définition de l'indicateur: Numérateur : nombre des indicateurs issus des résultats probants de la recherche opérationnelle qui sont renseignés Dénominateur : nombre total d'indicateurs attendus des résultats de la recherche opérationnelle |
| Méthode mesure: enquête |
| Fréquence: 2 à 5 ans |
| Source(s) de données: EDS, MICS, MIS |
| Responsable : MINISANTE/PNLP |
| Limites : faible qualité des données collectées |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites : formation et supervision des enquêteurs |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

| |
|---|
| Nom de l'indicateur : Pourcentage des cas de paludisme confirmé chez les enfants de moins de 5 ans traités gratuitement |
| DESCRIPTION |
| Justification: Cet indicateur permet d'apprécier le respect des instructions relatives au traitement du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans |
| Définition de l'indicateur: Numérateur : nombre des cas de paludisme confirmé chez les enfants de moins de 5 ans traités gratuitement Dénominateur : nombre total des cas de paludisme confirmé traités chez les enfants de moins de 5 ans |
| Méthode mesure: routine |
| Fréquence: mensuelle |
| Source(s) de données: registre des consultations, registres de pharmacie, rapports périodiques des formations sanitaires |
| Responsable : MINISANTE/Responsables des formations sanitaires |
| Limites : |
| Actions prises ou planifiées pour adresser ces limites : |
| Cette fiche a été mise à jour le 20/08/2015 |

ANNEXE 2 : OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT TECHNIQUE DU BENEFICIAIRE PRINCIPAL

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

SECRETARIAT PERMANENT

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

TECHNICAL SECRETARIAT OF THE PRINCIPAL RECIPIENT

NATIONAL MALARIA CONTROL PROGRAMME

PERMANENT SECRETARIAT

**FICHE MENSUELLE DE COLLECTE DES DONNEES DES INDICATEURS DE SUIVI DES ACTIVITES
 DU PNLP AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES**

| | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|--|-------|--|-------|--|-------|--|
| Année: | | District de santé: | | | | | | | |
| Mois: | | Aire de santé: | | | | | | | |
| Région: | | Formation sanitaire: | | | | | | | |
| I. TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT CHEZ LES FEMMES ENCEINTES | | | | | | | | | |
| 1 | Nombre de femmes enceintes vues en Consultation Périnatale (CPN) | CPN 1 | | CPN 2 | | CPN 3 | | CPN 4 | |
| 2 | Nombre de femmes enceintes ayant reçu le TPI | TPI 1 | | TPI 2 | | TPI 3 | | TPI 4 | |
| II. COMMUNICATION POUR LE DEVELOPPEMENT | | | | | | | | | |
| 3 | Nombre de ménages visités | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|----------|----------------------------------|------------------|--------------|
| 4 | Nombre de personnes sensibilisées à travers les visites à domicile | | | | |
| 5 | Nombre de matériels imprimés distribués (dépliants, tracts ou posters) | | | | |
| III. MORBIDITE, MORTALITE ET PRISE EN CHARGE | | | | | |
| | | < 5 ans | >= 5 ans (sans femmes enceintes) | Femmes enceintes | Total |
| 6 | Nombre de Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) distribuées | | | | |
| 7 | Nombre total de consultations pour maladie (toutes causes confondues) | K | Q | W | |
| 8 | Nombre de cas suspects de paludisme simple (paludisme simple clinique) | | | | |
| 9 | Nombre de Tests de Diagnostic Rapide (TDR) effectués par le personnel de santé | L | R | | |
| 10 | Nombre de Test de Diagnostic Rapide (TDR) positifs | M | S | | |
| 11 | Nombre de Gouttes Epaises (GE) effectuées par le personnel de santé | N | T | | |
| 12 | Nombre de Gouttes Epaises (GE) positives | O | U | | |
| 13 | Nombre de cas de fièvre suspects de paludisme simple sans examen de confirmation (Tests de Diagnostic Rapide ou Goutte Epaisse) disponible | | | | |
| 14 | Nombre de cas de paludisme simple avec TDR positif | | | | |
| 15 | Nombre de cas de paludisme simple avec goutte épaisse (GE) positive | | | | |

| | | | | | |
|----|--|----------|--|----------|--|
| 16 | Nombre de cas de paludisme grave avec TDR positif | | | | |
| 17 | Nombre de cas de paludisme grave avec goutte épaisse (GE) positive | | | | |
| 18 | Nombre total d'hospitalisations pour maladie (toutes causes confondues) | | | | |
| 19 | Nombre d'hospitalisations pour suspicion de paludisme grave | | | | |
| 20 | Nombre d'hospitalisations pour paludisme grave confirmé (avec TDR ou microscopie) | | | | |
| 21 | Nombre de cas de paludisme grave confirmé traités avec l'artésunate injectable | P | | V | |
| 22 | Nombre de cas de paludisme grave confirmé traités avec d'autres antipaludiques injectables (quinine ou arthéméter) | | | | |
| 23 | Nombre de cas de paludisme simple confirmé traités par le personnel de santé selon la politique nationale (avec les ACT, ASAQ exclu) | | | | |
| 24 | Nombre de cas de paludisme simple confirmé traités par le personnel de santé avec la combinaison ASAQ | | | | |
| 25 | Nombre de cas de fièvre suspects de paludisme simple avec TDR négatif qui ont reçu un antipaludique | | | | |
| 26 | Nombre de cas de paludisme simple qui ont reçu un antipaludique sans test de confirmation (TDR ou Goutte Epaisse) | | | | |
| 27 | Nombre de cas de fièvre rapportés par les Agents de Santé Communautaires | | | | |
| 28 | Nombre de Tests de Diagnostic Rapide (TDR) effectués et interprétés par les Agents de Santé Communautaires chez les cas de fièvre | | | | |

| | | | | |
|----|---|--|--|---|
| 29 | Nombre de cas de paludisme simple (femmes enceintes exclues) confirmés par les Agents de Santé Communautaires à l'aide des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) | | | |
| 30 | Nombre de cas de paludisme simple confirmé (femmes enceintes exclue) traités par les Agents de Santé Communautaires selon la politique nationale (avec SAQ) | | | |
| 31 | Nombre total de personnes décédées pour maladie (toutes causes confondues) | | | |
| 32 | Nombre de personnes décédées pour paludisme confirmé | | | Y |
| 33 | Nombre de cas référés (paludisme grave ou Test de Diagnostic Rapide négatif) à la formation sanitaire par les Agents de Santé Communautaires | | | |

IV. GESTION DES INTRANTS ANTIPALUDIQUES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES

| | Produit | Stock initial | Entrées | Consommations | Quantité périmée < 3mois | Nombre de jours de rupture de stock |
|----|---|---------------|---------|---------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 34 | ASAQ 100/270 (6*1) (nombre de doses) | | | | | |
| 35 | ASAQ 100/270 (3*1) (nombre de doses) | | | | | |
| 36 | ASAQ 25/67,5 (3*1)(nombre de doses) | | | | | |
| 37 | ASAQ 50/135 (3*1) (nombre de doses) | | | | | |
| 38 | SP 500/25 (nombre de comprimés) | | | | | |
| 39 | Artesunate Inj, 60mg (nombre d'ampoules) | | | | | |
| 40 | Artesunate Inj, 30mg (nombre d'ampoules) | | | | | |
| 41 | TDR Paludisme (HRP-2 ou Ag Pf/Pan) (nombre de tests) | | | | | |
| 42 | Artemether Inj. 40mg, 0,5ml (nombre d'ampoules) | | | | | |
| 43 | Artemether Inj. 80mg 1ml (nombre d'ampoules) | | | | | |
| 44 | Artémether-Lumfantrine 20/120 (6*1) (nombre de doses) | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 45 | Artémether-Lumfantrine 20/120 (6*2) (nombre de doses) | | | | | |
| 46 | Artémether-Lumfantrine 20/120 (6*3) (nombre de doses) | | | | | |
| 47 | Artémether-Lumfantrine 20/120 (6*4) (nombre de doses) | | | | | |
| 48 | Paracetamol 100mg Blister de 20 (nombre de comprimés) | | | | | |
| 49 | Quinine 300mg cp (nombre de comprimés) | | | | | |
| 50 | Quinine inj. 200mg/ml, 2ml (nombre d'ampoules) | | | | | |
| 51 | Quinine inj. 400mg/ml, 2ml (nombre d'ampoules) | | | | | |

Date d'envoi du rapport au District de santé: /___/___/_____/ Date d'arrivée du rapport au District: /___/___/_____/

Date de saisie au District de santé: /___/___/_____/

Nom et signature du responsable de la formation sanitaire

Téléphone du responsable de la formation sanitaire

BIBLIOGRAPHIE

1. [1] OECD (2002): Glossary of key terms in Evaluation and Results Based Management
2. [2] NINA F. and ANASTASIA G. (2007): M&E Fundamentals: A Self-Guided Minicourse, Measure Evaluation
3. [3]WHO, UNICEF, UNAIDS, USAID, CDC, PMA, RBM, Stop TB partnership, HMN, Measure Evaluation (2011) : Guide de suivi et d'évaluation, Lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et renforcement des systèmes de santé, partie 2 : paludisme
4. [4] Roll Back Malaria (2009): Guidelines For Core Population-Based Indicators
5. [5] TALABONG (2010) :Qualité des données épidémiologiques : Analyse et Traitement, document de travail
6. Plan Stratégique National de lutte contre le Paludisme 2014 - 2018
7. Revised Global Malaria Action Plan
8. Data quality audit tool
9. Le guide de Suivi et d'Evaluation : Lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme et renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires, Tomes 1, 2,3,4 et 5.version de Novembre 2011 :
10. <http://www.theglobalfund.org/en/me/documents/toolkit/>
11. Ministère de l'Economie, du Plan et de l'Aménagement du Territoire, Institut National de la Statistique, Enquête Démographique et sanitaire, EDS 2013
12. Présentation des résultats-clés MICS5, Joseph TEDOU et Anaclet D.DZOSSA, Août 2015

**LISTE DES PARTICIPANTS DE L'ATELIER DE VALIDATION DU PLAN DE SUIVI ET
EVALUATION**

| N° | NOM & POST NOM | INSTITUTION | TÉLÉPHONE | E-mail |
|----|--------------------------|-----------------|---------------|--|
| 1 | Dr TOUGORDI | OMS | 698759460 | tougordia@who.int |
| 2 | Hyacinthe KASEYA | Consultant | +243998229135 | Kaseyailunga2@gmail.com |
| 3 | Dr KOUAMBENG Célestin | PNLP | 677771271 | kouambeng@gmail.com |
| 4 | Dr MOTA Serge | PNLP | 695429327 | motagilbert@yahoo.fr |
| 5 | Mr DJOKO Raoul | PLAN CAMEROUN | 677617818 | raoul.djoko@plan-International.org |
| 6 | Mme OLINGA BLANDINE | PNLP | 699809591 | csimpnlpyde@gmail.com |
| 7 | EKANI NDONGO | CIS / MINSANTE | 699629050 | constyekani@yahoo.fr |
| 8 | KUMFA MIRABEL | MALARIA NO MORE | 674199654 | mirabell.kumfa@malarianomore.org |
| 9 | NCHAFOR Rachel | MC - CCAM | 673877333 | nguelaelise@gmail.com |
| 10 | KUETCHE MAGLOIRE | PNLP | 699063648 | pythagloire@yahoo.fr |
| 11 | ABOMABO MOISE | PNLP | 694658546 | abomabo_moise@yahoo.fr |
| 12 | SEPPE ARMAND | URLP/SUD | 675698909 | Josepharmand86@yahoo.fr |
| 13 | Dr MEDOU HORTENSE | PNLP | 699809125 | medhorti@yahoo.fr |
| 14 | Dr EWANE EKOYOL GERMAINE | PNLP | 677672742 | gracia20032003@yahoo.fr |
| 15 | Dr FOSSO Jean | URLP / EN | 699441868 | fossojean2004@yahoo.fr |
| 16 | AMOUGOU épse MBIDA | DS Cité Verte | 675549047 | |
| 17 | M. OWONA BARNABE | DLMEP | 676963275 | barnabowona@yahoo.fr |
| 18 | Dr BILOUNGA ALBERT | DS Djoungolo | 677920950 | albertbilounga@yahoo.fr |
| 19 | Mme MBADI ODILE | IRESO | 699312373 | odilelabelle@yahoo.com |
| 20 | FOTTSOH FOKAM Arnold | URLP /LT | 651747847 | fokam.arnold@yahoo.fr |
| 21 | Dr FOU DA EMILIE | HD Bafia | 699963027 | fouda_emilien@yahoo.fr |
| 22 | ANYE TAWAH LENOIR | PNLP | 679628322 | |
| 23 | Mr PATCHOKE SALOMON | PNLP | 677410704 | patchouazoa@yahoo.fr |
| 24 | NGUEKAM DZUKOU Gildas | DROS | 675373477 | nguemkamgildas@yahoo.fr |
| 25 | CHUANGAE ADELIN | PNLP | 699894436 | ndapu_adeline@yahoo.fr |