



**Ministère de la Santé et de  
la lutte contre le SIDA**



**Programme National de  
Lutte contre le Paludisme**

# **PLAN NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2012-2015 REVISE**

-----  
**(PERIODE REPLANIFIEE : 2014-2017)**

---

## **PREFACE**

L'Etat de Côte d'Ivoire considère la lutte contre le paludisme comme une priorité de développement sanitaire. En effet, le paludisme constitue une préoccupation majeure de santé publique et de développement à l'instar de la majorité des pays de l'Afrique au Sud du Sahara. Selon l'annuaire des statistiques sanitaires, en 2013 le taux d'incidence du paludisme dans la population générale est de **105,75 cas pour 1000** et **302,61 cas pour 1000** sont attribuables aux enfants de moins de 5 ans.

Pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, un plan mondial de lutte contre le paludisme a été élaboré avec l'appui du Partenariat Mondial « Faire Reculer le Paludisme ». Ce plan vise l'intensification des interventions majeures de contrôle du paludisme.

En Côte d'Ivoire, depuis 2010 de véritables progrès sont enregistrés dans les domaines de la prévention par la moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée d'action, de la prise en charge des cas et du suivi évaluation à travers la mise à échelle des interventions de lutte contre le paludisme dans le pays.

Afin de pérenniser les acquis et tendre vers l'objectif «zéro» décès dû au paludisme dans l'espace CEDEAO d'ici 2015, le ministère de la santé et de la lutte contre le sida s'est doté d'un plan stratégique révisé 2012-2017 de lutte contre le paludisme. La mise en œuvre de ce plan stratégique ne peut être efficace que par un suivi régulier des interventions planifiées.

Ce plan de suivi et évaluation stratégique s'inscrit dans cette volonté d'assurer un suivi de la mise en œuvre du programme ainsi que l'évaluation de la performance de la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire.

Le Ministère de la Santé et de la lutte contre le sida exprime ici sa reconnaissance à tous les partenaires et aux différentes parties prenantes de la lutte qui l'ont accompagné dans l'élaboration de ce document important devant servir de référence au suivi évaluation des interventions de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire.

**Le Ministre de la Santé et de  
la lutte contre le Sida**

**Docteur Raymonde GOUDOU COFFIE**

## SOMMAIRE

<b>PREFACE</b> .....	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>5</b>
<b>SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	<b>6</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES ET DES TABLEAUX</b> .....	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>8</b>
<b>I. CONTEXTE</b> .....	<b>9</b>
1.1 PROFIL DU PAYS .....	9
1.1.1 Context politico-administrative.....	9
1.1.2 Données démographiques .....	9
1.1.3 Données socio-économiques .....	12
1.2 SYSTEME DE SANTE .....	12
1.2.1 Description du système de santé .....	12
1.2.2 Fonctionnement du système de santé .....	16
1.3 SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	21
1.3.1 Historique de la lutte.....	21
1.3.2 Cadre institutionnel, programmatique et organisationnel de la lutte .....	22
1.3.3 Profil épidémiologique du paludisme .....	22
1.4 BUT ET OBJECTIFS DU PLAN NATIONAL STRATEGIQUE 2012-2017 .....	27
1.5 STRATEGIES NATIONALES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	28
1.5.1 LUTTE ANTI VECTORIELLE.....	28
1.5.2 PREVENTION PAR LE TPI A LA SP CHEZ LES FEMMES ENCEINTES .....	30
1.5.3 DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES CAS .....	30
1.5.4 GESTION DES URGENCES ET DES CATASTROPHES.....	32
1.5.5 IEC/CCC, MOBILISATION COMMUNAUTAIRE.....	33
1.5.6 APPROCHE COMMUNAUTAIRE .....	34
1.5.7 SUIVI ET EVALUATION .....	34
1.5.8 GESTION DU PNLP.....	35
1.4.5- Résultats et progrès de la lutte contre le paludisme.....	36
<b>II. ANALYSE DU SYSTEME DE SUIVI/EVALUATION</b> .....	<b>38</b>
2.1. SYSTEME DE SUIVI/EVALUATION DU SECTEUR DE LA SANTE.....	38
2.1.1 Mécanisme de collecte de données.....	39
2.1.2 Analyse de la performance du SNIS.....	42
2.2. SYSTEME DE SUIVI/EVALUATION DU PROGRAMME PALUDISME .....	44
2.2.1. Description du système de suivi/évaluation du programme paludisme .....	44
2.2.2. Analyse des performances du système de suivi/évaluation du programme paludisme .....	46
<b>III. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN SUIVI/EVALUATION</b> .....	<b>48</b>
3.1. JUSTIFICATION DU PLAN SUIVI/EVALUATION DU PROGRAMME PALUDISME .....	48

3.2. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN SUIVI/EVALUATION 2012-2017 .....	48
<b>IV. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION DU PROGRAMME PALUDISME.....</b>	<b>49</b>
4.1. OBJECTIFS ET CIBLES DE LA LUTTE ANTIPALUDIQUE AU NIVEAU INTERNATIONAL .....	49
4.1.1- <i>Objectifs du Millénaire pour le développement</i> .....	49
4.1.2- <i>Assemblée mondiale de la santé 2005</i> .....	50
4.1.3- <i>Plan stratégique mondial contre le paludisme</i> .....	50
4.3. CADRES SPECIFIQUES DE SUIVI/EVALUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME .....	52
<b>V. PLAN DU SUIVI/EVALUATION DU PNLP BUDGETISE .....</b>	<b>54</b>
5.1. OBJECTIFS .....	55
5.1.1. <i>Objectif général</i> .....	55
5.1.2. <i>Objectifs spécifiques</i> .....	55
5.2. INTERVENTIONS POUR RENFORCER LE SYSTEME DE SUIVI/EVALUATION DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	55
5.3. RESULTATS ATTENDUS .....	55
5.4. MESURE DES PERFORMANCES DU PROGRAMME PALUDISME .....	56
5.4.1. <i>Indicateurs clefs de mesure de la performance du programme de lutte contre le paludisme</i> .....	56
5.4.2. <i>Système de Collecte de données du paludisme</i> .....	56
5.4.4. <i>Traitement et analyse des données</i> .....	61
5.4.5. <i>Circuit de l'information du PNLP</i> .....	62
5.4.6. <i>Production de rapports</i> .....	62
5.4.7. <i>Diffusion des données validées du programme</i> .....	62
5.4.8. <i>Utilisation de l'information du programme</i> .....	63
5.5. BUDGET DU PLAN DE SUIVI/EVALUATION 2012-2017 .....	65
5.6. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN SUIVI ET EVALUATION .....	74
5.6.1. <i>Rôles et responsabilités des parties impliquées dans le suivi/évaluation du programme</i> .....	74
5.6.2. <i>Coordination et partenariat pour la mise en œuvre du plan de S&amp;E</i> .....	74
5.7. FACTEURS DE SUCCES ET OBSTACLES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION .....	75
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>78</b>
ANNEXE N°1 : <i>RAPPEL DES CONCEPTS ET ORGANISATION GENERALE D'UN SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION</i> .....	79
a) <i>Définition de concepts de suivi/évaluation</i> .....	79
b) <i>Fonctions et organisation d'une unité de suivi/évaluation</i> .....	81
c) <i>Normes en personnels pour une unité de suivi/évaluation</i> .....	82
Annexe N°2 : <i>INDICATEURS DE PERFORMANCE</i> .....	83
Annexe N°3 : <i>MATRICE POUR LE SUIVI DES PROGRES DE LA PERFORMANCE</i> .....	93
ANNEXE 4 : <i>LISTE DES PARTICIPANTS DE LA REVISION DU PLAN DE SUIVI/EVALUATION 2012-2015</i> .....	105

## **REMERCIEMENTS**

Le Ministère de la Santé à travers le PNLP présente ses sincères remerciements :

- Au Représentant Résident de l’OMS-CI pour l’appui technique apporté ;
- Au Représentant Résident de l’Unicef-CI pour l’appui technique et financier apporté au processus d’élaboration de ce document ;
- Au Partenariat RBM pour son assistance durant tout le processus ;
- Aux partenaires du secteur de la santé pour leur implication active au processus

IL exprime également sa gratitude à toutes les personnes ressources pour l’intérêt qu’elles ont accordé à la réalisation de ce document, ainsi qu’à tous ceux qui ont pris une part active aux séances de sa validation technique.

Le présent Plan de suivi et évaluation de la lutte contre le paludisme, élaboré en 2012 pour la période révisé **2012 – 2015** a été révisé en 2014 pour la période **2015-2017**.

## SIGLES ET ACRONYMES

<b>ASC</b>	Agent de Santé Communautaire
<b>CAP</b>	Comportement Aptitude Pratique
<b>CPN</b>	Consultation Pré Natale
<b>CSE</b>	Chargé de Surveillance Epidémiologique
<b>CTA</b>	Combinaison thérapeutique à base de dérivés d'Artémisinine
<b>DCPEV</b>	Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination
<b>DIPE</b>	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
<b>DRS</b>	Direction Régionale de la Santé
<b>DSCMP</b>	Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de proximité
<b>OBC</b>	Organisation à Base Communautaire
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PECADOM</b>	Prise en charge à domicile
<b>PNDS</b>	Plan national de développement sanitaire
<b>PNLP</b>	Programme National de lutte contre le paludisme
<b>PNSI</b>	Programme national de santé infantile
<b>PNSRPF</b>	Programme national de santé de la reproduction et planification familiale
<b>PNSSU</b>	Programme national de santé scolaire et universitaire
<b>PSP</b>	Pharmacie de la santé publique
<b>MSH</b>	Management Sciences for Health
<b>SASDE</b>	Stratégie accéléré du suivi et de développement de l'enfant
<b>SNIS</b>	Système national d'Information Sanitaire
<b>TPI</b>	Traitement préventif intermittent
<b>UCP</b>	Unis contre le paludisme
<b>UNICEF</b>	Fonds des nations unies pour l'enfance

## LISTE DES GRAPHIQUES ET DES TABLEAUX

N°	<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b>	<b>PAGES</b>
<b>1</b>	Figure N°1: Répartition des populations par Région sanitaire	<b>12</b>
<b>2</b>	Figure N°2 : Cartographie de la morbidité des enfants de moins de 5 ans en 2013 par district	<b>25</b>
<b>3</b>	Figure N°3: Evolution trimestrielle des cas de fièvre de 2010 à 2013 et des cas de 2012 à 2013	<b>25</b>
<b>4</b>	Figure N°4 : Evolution trimestrielle des cas de paludisme confirmés chez les enfants de 0 à 5 ans de 2012 à 2013	<b>26</b>
<b>3</b>	Figure N°5: Circuit de l'information sanitaire	<b>42</b>
<b>4</b>	Figure N°6: Cadre conceptuel de la lutte contre le paludisme	<b>54</b>

N°	<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>PAGES</b>
<b>1</b>	Tableau I: Principaux indices de développement	<b>12</b>
<b>2</b>	Tableau II: Ratio prestataires / population de soins Plan de diffusion et d'utilisation des données	<b>19</b>
<b>3</b>	Tableau III: Niveau d'atteinte des indicateurs de lutte contre le paludisme	<b>36-37</b>
<b>4</b>	Tableau IV : Plan de diffusion et d'utilisation des données par le programme	<b>65-66</b>
<b>5</b>	Tableau V : Récapitulatif du budget du plan de suivi évaluation par intervention	<b>68</b>
<b>6</b>	Tableau VI : Récapitulatif du gap du budget du plan de suivi évaluation par intervention	<b>68</b>

## INTRODUCTION

Le paludisme représente, dans de nombreux pays du monde, un obstacle à la santé et au développement socio économique des populations.

En Côte d'Ivoire, le paludisme représente le premier motif de consultation dans les établissements de santé. Selon le rapport annuel 2013 du PNLP, il représentait 33% (cas confirmés) des motifs de consultation dans les structures sanitaires et responsable d'un tiers des décès notifiés dans les établissements sanitaires. Les enfants âgés de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les plus touchés et payent un lourd tribut à la maladie.

Le paludisme, à l'instar d'autres maladies jugées prioritaires, est inscrit au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2013 de Côte d'Ivoire. L'un des piliers sur lequel repose la mise en œuvre de ce plan national de S&E est le Système National d'Information Sanitaire (SNIS), géré par la Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation (DIPE). Le SNIS a pour objectif principal de produire et diffuser des informations de qualité sur l'offre de soins en collaboration avec les programmes de santé du Ministère de la Santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique national 2012-2015, de troisième génération, visant l'accès universelle aux mesures préventives et de prise en charge du paludisme, un plan de suivi et évaluation a été élaboré en 2012 et a servi de boussole pour le suivi des interventions jusqu'en fin 2013.

Au terme des deux premières années de mise en œuvre dudit plan stratégique national, une évaluation conjointe PNLP/OMS à mi parcours de ce dernier réalisée en Mars 2014 a permis d'évaluer la performance technique et financière du programme et de réorienter les axes stratégiques pour la période d'extension de mise en œuvre 2014-2017.

Ce plan stratégique 2012-2015 révisé (replanifié 2014-2017) a retenu comme vision *«Une Côte d'Ivoire sans décès lié paludisme d'ici 2017»*.

Pour atteindre ces objectifs, des interventions ont été proposées et des activités ont été planifiées dans ledit plan stratégique national révisé. Le suivi optimal de ces interventions et activités, la mesure des effets et impacts des interventions retenues nécessite la mise en place d'un mécanisme de suivi et d'évaluation. C'est dans ce cadre que ce plan national de suivi et évaluation est élaboré en vue de doter le PNLP des outils de suivi et d'évaluation de la performance programmatique et de l'atteinte des objectifs et buts retenus pour la période 2012-2017.

## I. CONTEXTE

### 1.1 PROFIL DU PAYS

#### 1.1.1 Context politico-administrative

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest entre les 4°30' et 10°30' de latitude Nord. Elle s'étend sur une superficie de 322 462 km<sup>2</sup> et fait frontière avec le Golfe de Guinée au Sud, le Ghana à l'Est, le Libéria et la Guinée à l'Ouest, le Mali et le Burkina Faso au Nord.

Conformément aux décrets n°2011-263 du 28 septembre 2011 et n° 2013- du 02 mai 2013, le territoire national est subdivisé en 14 districts administratifs dont 02 autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), 31 régions, 108 départements, 510 sous-préfectures et 197 communes. La capitale politique est Yamoussoukro et Abidjan, la capitale économique.

Pour relancer l'économie ivoirienne, consolider la paix et renforcer l'unité nationale, l'Etat Ivoirien s'est doté d'un Plan National de Développement (PND) pour la période 2012-2015 qui vise à transformer la Côte d'Ivoire en un pays émergent à l'horizon 2020.

#### 1.1.2 Données démographiques

Au terme du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) réalisé en 2014, la population de la Côte d'Ivoire est de **22 671 331** habitants.

Selon l'INS<sup>1</sup>, 43% de la population totale ont moins de 15 ans et 49,3% sont des femmes dont 51% en âge de procréer. Le taux de croissance démographique annuel est estimé à 2,6 % et une densité de 74 hbts/km<sup>2</sup>. La population urbaine : 11 276 646 soit 49,7% et celle rurale : 11 394 685 soit 51,3%.

---

<sup>1</sup> Resultat Globaux; RGPH 2014, INS\_CIV4



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE  
**REPARTITION DES DISTRICTS**

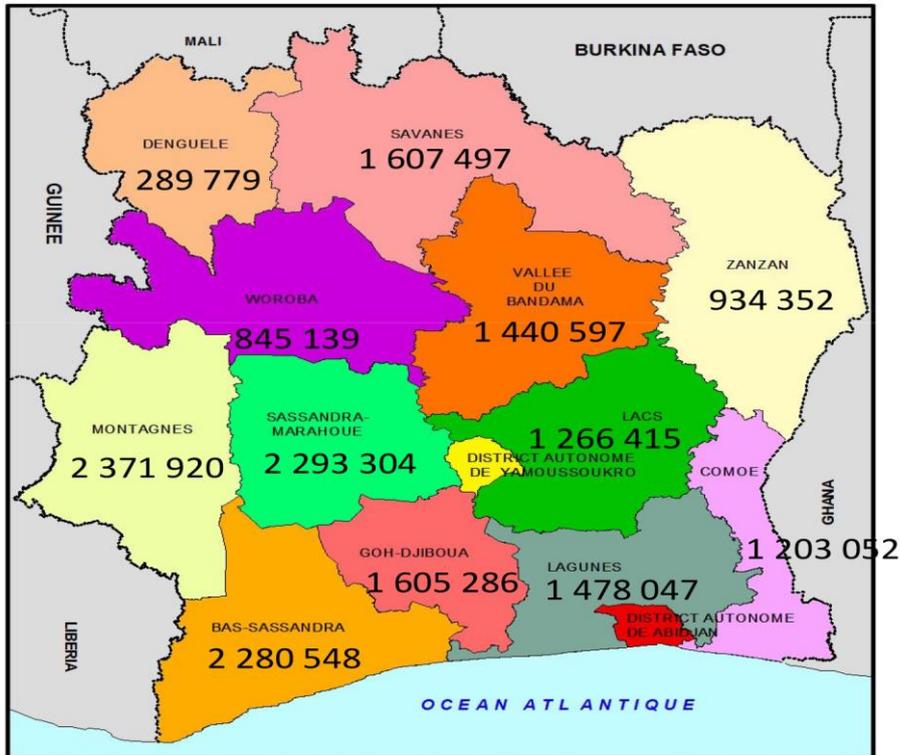
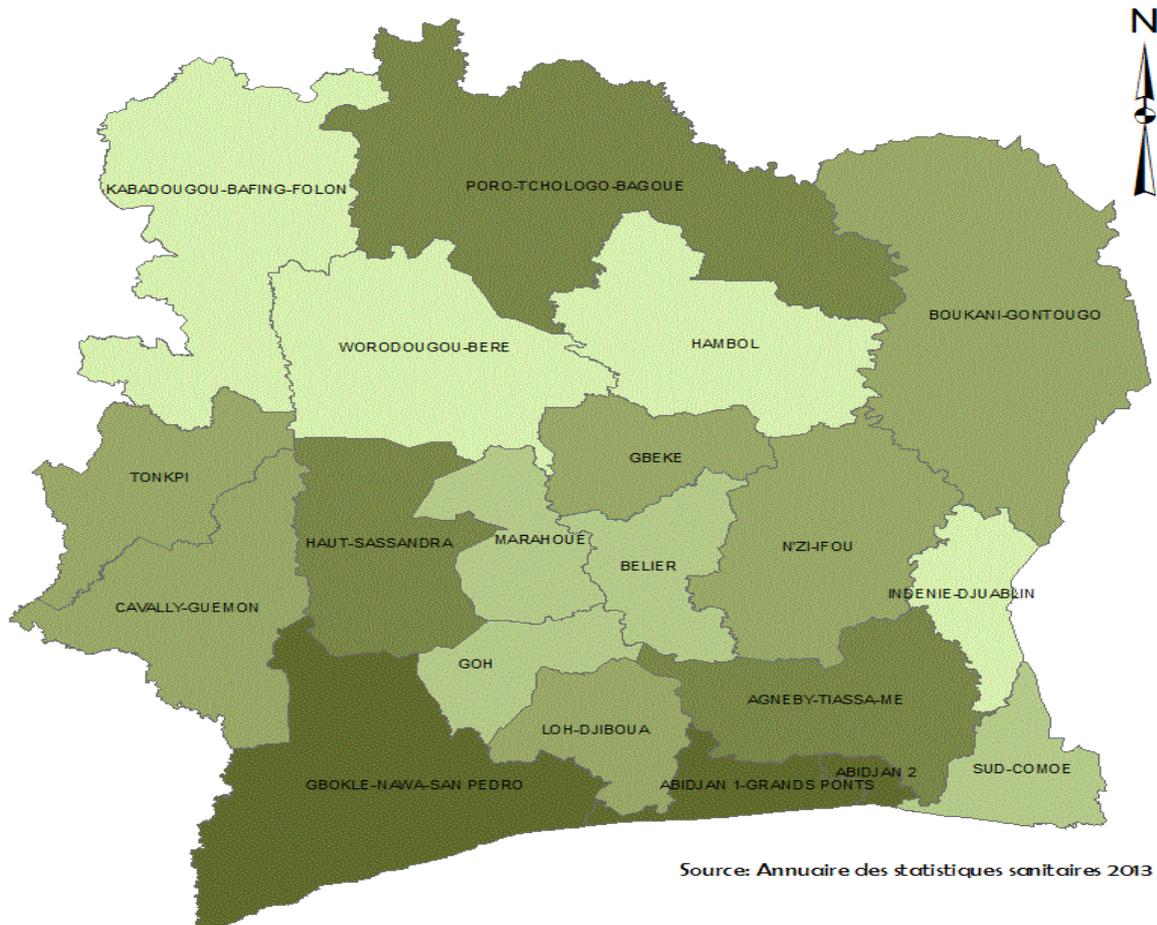


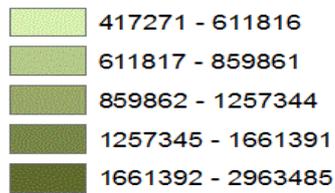
Figure 1 : Répartition des populations par Région sanitaire en 2014

**REPARTITION DE LA POPULATION DE CÔTE D'IVOIRE PAR REGION SANITAIRE EN 2013**



Source: Annuaire des statistiques sanitaires 2013

**POPULATIONS EN 2013**



Réalisation service 5&E PNL

### 1.1.3 Données socio-économiques

*Tableau I : Principaux indices de développement*

ITEMS	INDICE	Année
Rang du pays en fonction de l'indice de développement humain (IDH)	168 <sup>ième</sup> /186	2012
PIB par tête d'habitant (en USD)	1 243,9 USD	2012
Indice du développement humain	0,4322	2012
Indice d'Inégalité de Genre	0.671	2012
Index de développement de la Banque Mondiale	0,246	
Taux de croissance annuelle PIB	9,8%	2012
Taux moyen de croissance annuelle PIB (10 ans)	1,57%	(2002-2012)
Ratio de la population pauvre en fonction du seuil de pauvreté national (% de la population)	42,7%	2008
Dette totale (en % PIB)	47,8%	2012
Taux d'alphabétisation	50,9%	2012
Taux de scolarisation primaire garçon (%)	76%	2012
Niveau de scolarisation primaire Fille (%)	65,2%	2012
Espérance de vie	50 ans	2012
Taux de mortalité maternelle	400 pour 100 000	2010
Taux de mortalité infantile	108 pour 1000	2012

Sources BM, BCEAO

## 1.2 SYSTEME DE SANTE

### 1.2.1 Description du système de santé

La représentation du système de santé de la Côte d'Ivoire est de type pyramidal avec un versant administratif et un versant offre de soin qui comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins, l'offre de soins communautaire et l'offre de soins à travers la médecine traditionnelle.

Le système de santé de la Côte d'Ivoire est régi par l'arrêté N°028/MSP/CAB du 08 février 2002 portant détermination de la pyramide sanitaire et répartition des établissements et services publics sanitaires.

☞ *Sur le plan administratif*

- **Le niveau central ou national**

2 PNUD, 2012, Rapport sur le Développement en Afrique 2012 : vers une sécurité alimentaire durable, PNUD, New York

Il comporte le Cabinet, 2 Directions Générales, 9 Directions centrales, 14 Établissements Publics Nationaux (EPN) et 24 Directions de Coordination des programmes nationaux de santé dont le PNLP.

Ce niveau a une mission de définition de la politique de santé, d'appui et de coordination globale du système de santé. Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le niveau central représente le niveau de prise de décision. Tous les documents stratégiques et les directives élaborées par le PNLP avec l'appui des experts et partenaires sont soumis au cabinet pour adoption. Hiérarchiquement, le PNLP rend compte de ses activités à travers un rapport périodique transmis à la Direction Générale de la Santé

- **Le niveau intermédiaire**

Il est représenté par 20 Directions Régionales de la Santé. Conformément à l'arrêté n° 399 MSHP/CAB du 18 décembre 2007, la direction régionale de la santé couvre plusieurs districts sanitaires et tous les établissements sanitaires publics, privés et confessionnels dépendant de son territoire.

Elle a pour missions entre autres, la coordination de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé, le suivi et l'évaluation des activités sanitaires y compris les interventions de lutte contre le paludisme. Depuis 2010, le PNLP à travers la subvention du Round 8, apporte un appui logistique à travers l'acquisition de véhicules pour certaines directions régionales de la santé et un appui financier trimestriel à toutes les directions régionales de la santé pour la mise en œuvre des supervisions et l'organisation de réunions de coordination.

- **Le niveau périphérique**

Il comporte 82 directions départementales de la santé.

Conformément à l'arrêté n° 400 MSHP/CAB du 18 décembre 2007, la direction départementale regroupe tous les services sanitaires publics et privés de son aire de délimitation.

Elle a pour mission d'appliquer la politique nationale en matière de santé, d'appliquer la stratégie de soins de santé primaires basée sur le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et d'animer et de coordonner les activités des structures sanitaires publiques et privées.

Chaque Direction Départementale ou District sanitaire est administré par une Équipe Cadre de District (ECD) dirigée par le Directeur départemental.

Les ECD ont la responsabilité d'opérationnaliser la politique nationale de santé. Les ECD assurent le suivi et la supervision des prestataires dans l'application des directives de lutte et la collecte et transmission des données sanitaires du paludisme au niveau central.

☞ Sur le plan de l'offre de soins :

- Offre publique de soins

- **Le niveau central**

Il comprend les établissements sanitaires de deuxième niveau de référence. Il comprend les Centres Hospitaliers Universitaires (4 CHU), les instituts spécialisés (5) et autres Etablissements Publics Nationaux (4) et le SAMU. Ces établissements assurent grâce à leur plateau technique le diagnostic, et la prise en charge des cas de paludisme grave. Ils ont pour rôle également de faire de la recherche opérationnelle en ce qui concerne la lutte contre le paludisme.

- **Le niveau intermédiaire**

Il est constitué par les établissements sanitaires de premier niveau de référence représenté par les Hôpitaux Généraux (au nombre de 81 dont 67 ayant le plateau technique requis), des Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) les Centres Hospitaliers Régionaux (18 CHR dont 17 fonctionnels) et les centres hospitaliers spécialisés. Ces établissements assurent également le diagnostic et la prise en charge des cas de paludisme simple et grave, le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes et la distribution de MILDA en routine.

- **Le niveau périphérique**

Il est le point d'entrée dans le système de santé et est constitué des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC).

Il est constitué de 2091 ESPC. Chaque ESPC est dirigé par l'agent de santé qualifié (médecin ou Infirmier Diplômé d'État ou une Sage-femme Diplômée d'État). Cet établissement assure le diagnostic et la prise en charge du paludisme simple. Les cas de paludisme grave sont référés à l'hôpital du district. Le traitement préventif intermittent y est aussi réalisé chez les femmes enceintes au cours des consultations prénatales. Les MILDA sont distribuées en routine aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'un an dans les ESPC.

Ce ratio personnel de santé/population comparé aux objectifs nationaux ci-après visés pour fin 2015 dans le PNDS à savoir : 1 ESPC pour 10.000 habitants, 1 médecin pour 5.000 habitants et 1 infirmier pour 2.000 habitants révèle la nécessité de maintenir des efforts soutenus en matière de recrutement du personnel de santé et de construction d'ESPC pour que la Côte d'Ivoire réalise efficacement ses objectifs en matière de santé.

- Offre privée de soins

- **Le secteur sanitaire privé :**

Il s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés à tous les niveaux et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines privées de pharmacie et infirmeries privées). Il est essentiellement présent dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques.

En 2011, le pays comptait pour ce secteur, 2 036 établissements de santé privés dont 554 autorisés et 1482 non autorisés par le MSLS. Parmi ces structures privées, il existe 13 Polycliniques, 136 Cliniques, 964 Infirmeries privées, 114 Cabinets de médecine et de Gynéco-Obstétrique, 463 Centres de santé des entreprises qui offrent un paquet d'activités prenant en compte la prise en charge du paludisme (DIPE, 2011 : Répertoire des structures sanitaires publiques et privées).

En 2007, les effectifs en ressources humaines dans le secteur privé étaient de 790 médecins, 1 173 infirmiers et 184 sages-femmes. Ce personnel manque dans la plupart des cas de formation continue sur les directives nationales de la prise en charge du paludisme.

L'existence d'organisations socio professionnelles de régulation du secteur sanitaire privé (Association des cliniques privées de Côte d'Ivoire, Syndicat National des Médecins Privés de Côte d'Ivoire, syndicat des infirmeries privées) constitue une opportunité pour la mise en place d'un cadre formel fonctionnel de collaboration pour la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme.

- Offre de soins au niveau communautaire par les ASC et ONG

Au niveau communautaire, l'offre de soins est assurée par les ASC, notamment la prise en à domicile des enfants de moins de 5 ans. Les ONG et la société civile interviennent plus spécifiquement dans le domaine de la prévention et de la communication de masse et de proximité.

- Offre de soins par la médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle occupe une place importante avec plus de 8 500 Tradipraticiens de Santé (TPS) se trouvant dans le répertoire national. L'existence d'un Programme National de Promotion de la Médecine traditionnelle avec une direction de coordination constitue un atout pour le renforcement de la lutte contre le paludisme au niveau communautaire.

## **1.2.2 Fonctionnement du système de santé**

Le fonctionnement du système de santé repose sur les 6 piliers fondamentaux passés ci-après:

- **La gouvernance et le leadership au niveau du secteur de la santé**

Les questions de gouvernance et de leadership du secteur de la santé sont prises en compte par l'organisation du système de santé qui définit les rôles et responsabilités des différents acteurs au niveau central et décentralisé.

Toutefois, le cadre de régulation des interventions des partenaires est peu fonctionnel. La coordination, la supervision et le contrôle sont souvent irréguliers.

- **Le financement de la santé**

Le financement du système de santé en Côte d'Ivoire est assuré par le secteur public, le secteur privé y compris les ménages et les partenaires au développement.

La contribution de l'Etat dans la dépense totale de santé est de 17% tandis que celle des ménages et des partenaires au développement représente respectivement 70% et 13% en 2008 (rapport comptes nationaux de la santé).

La part annuelle du budget de l'Etat alloué au ministère en charge de la santé reste très faible. Elle était de 4% en moyenne de 2006 à 2010. La lutte contre le paludisme bénéficie d'une ligne budgétaire de 2 milliards de FCFA pour l'acquisition de MILDA depuis 2012. Cependant, seulement la moitié de cette somme a été mobilisée effectivement ces trois dernières années (2012, 2013 et 2014).

- **L'approvisionnement et la distribution des médicaments et autres intrants stratégiques**

L'approvisionnement et la distribution des médicaments et autres intrants stratégiques dans le secteur public et para public sont assurés par la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP). Tous les produits distribués par la NPSP sont subventionnés et sont délivrés à des coûts plus abordables contrairement aux produits distribués dans le secteur privé.

Le recouvrement des coûts des médicaments est appliqué dans toutes les structures de santé. L'application depuis 2010 de la politique de gratuité des intrants de lutte contre le paludisme (CTA, SP, TDR) est une mesure qui a permis d'éliminer les barrières d'accessibilité financière aux soins par la population.

- **Les services de santé**

L'analyse diagnostique du secteur de la santé, consignée dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 ressort l'existence d'énormes disparités au niveau de l'accès aux services de santé entre les régions sanitaires. En effet, malgré le développement important de l'offre des soins, sur le plan qualitatif et quantitatif tant au niveau du secteur public que privé, le dispositif de santé bute sur de nombreux dysfonctionnements.

Les infrastructures sanitaires sont en nombre insuffisant et inégalement réparties sur le territoire national. Selon le rapport 2012 sur la carte sanitaire primaire, le ratio au niveau

national de nombre d'habitants par ESPC est 14.486 contre 10.000 fixé comme norme nationale dans le PNDS 2012-2015.

En outre, l'accès de la population aux établissements de santé disponibles est parfois difficile en milieu rural à cause du mauvais état des routes. On estime à 64% la population située à moins de 5 km d'un centre de santé et qui ont accès à des services de soins de qualité. En ce qui concerne les voies d'accès, 29 % (523) des établissements sanitaires sont accessibles par des voies bitumées en 2012.

Face à ces insuffisances, plusieurs mesures ont été prises par le gouvernement dont :

- La gratuité de la prise en charge complète des femmes enceintes et des enfants âgés de moins de 5 ans pour les maladies prioritaires dont le paludisme. Cette gratuité s'étend à la prise en charge de la population générale pour les urgences y compris la prise en charge du paludisme grave ;
- la mise en place d'un régime de couverture du risque maladie, appelé Couverture Maladie Universelle (CMU), en vue de permettre à chaque citoyen de bénéficier d'une assurance maladie ;
- le renforcement de la prise en charge communautaire ;
- le renforcement des activités de stratégie avancées.

Certes, des efforts restent à faire en matière de construction d'ESPC par rapport aux objectifs nationaux et internationaux.

#### ▪ **Les ressources humaines en santé**

Les ressources humaines de santé (RHS) sont de diverses compétences.

Au niveau du personnel de santé en service dans les établissements sanitaires ouverts, le recensement donne en 2012 un effectif global de 32.269 agents. Sur cet effectif, 68 % (21.921) sont en service au sein des ESPC ; 22 % (7.002) exercent au sein des établissements de niveau 2 et 10 % (3.346) au sein des établissements de niveau 3 (Source rapport carte sanitaire).

Notons par ailleurs que le personnel volontaire (Agents de Santé Communautaire (ASC) et matrones) représente 45 % (14.520) de ce personnel est constitué, les infirmiers, 14 % (4.532), les sages-femmes, 8 % (2.447) de les médecins, 6 % (1.972).

Pour les 1.637 ESPC fonctionnels, ont été recensés 1.972 médecins, 4.532 infirmiers et 2447 Sages-Femmes. En effet, 47% des médecins, 39% des sages-femmes exercent dans le district autonome d'Abidjan.

Le ratio prestataire/population de soins est présenté dans le tableau ci-dessous :

**Tableau II : Ratio prestataire/population de soins**

RATIO	NORME NATIONALE (PNDS 2012-2015)	NORME INTERNATIONALE (OMS)	RATIO NATIONAL en 2012
Nombre d'habitants pour 1 médecin	5.000	10.000	12.025
Nombre d'habitants pour 1 infirmier	2.000	5.000	5232
Nombre de FAP pour 1 sage-femme	3.000	3.000	Non disponible

Au regard de ces résultats, l'on peut dire que quelques progrès restent à réaliser en matière de recrutement du personnel médical et cela, par rapport aux objectifs nationaux et internationaux.

- **Les prestations de services**

L'offre des prestations de services de base conformément à la politique des soins de santé primaire (SSP) est assurée par les ESPC et les hôpitaux de référence de district (HG et CHR). Chaque ESPC offre des activités curatives, préventives et promotionnelles conformément au paquet minimum d'activités définis pour son niveau. En milieu urbain, certains ESPC (FSU) offre selon le plateau technique des prestations supplémentaires spécialisées.

- **Les informations sanitaires**

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) intègre les données d'activités curatives, préventives, promotionnelles et de gestion des ressources des ESPC, HG, CHR et des centres de santé confessionnels. Il capture les données sur les prestations de lutte contre le paludisme.

### *☞ Contribution du PNLN au renforcement du système de santé*

Les activités réalisées par le PNLN essentiellement dans le cadre du passage à échelle des interventions de lutte contre le paludisme ont contribué à améliorer la qualité de l'offre de soins par la formation de 4000 prestataires à la PEC des cas de paludisme et 132 des biologistes au diagnostic du paludisme.

La disponibilité des médicaments et intrants de la lutte (TDR, MILDA, SP, CTA) a été régulièrement assurée dans l'ensemble des structures sanitaires malgré les difficultés de rupture enregistrées parfois dans certaines formations sanitaires.

Concernant les capacités logistiques, le PNLN a permis l'équipement de 82 districts sanitaires en kits informatiques, l'acquisition de 70 microscopes pour les hôpitaux de référence et le renforcement des capacités des organisations communautaires intervenant dans les activités de lutte contre le paludisme.

Les efforts conjugués des différents acteurs de la santé de la mère et de l'enfant combinée au passable à échelle des interventions de lutte contre le paludisme ont contribué à l'amélioration des indicateurs notamment, le taux de possession en moustiquaires qui est passé de 27% en 2006 à 67% de MILDA en 2012 avec un taux d'utilisation 10% (MICS, 2006) et 32% (EDS III) en 2012. En ce qui concerne les femmes enceintes, le taux de couverture en SP2 est passé de 8% en 2006 à 20% en 2012 (EDS III). La mortalité toutes causes confondues chez les moins de 5 ans est passé de 125 pour 1000 à 108 pour 1000 de 2006 à 2012.

Ainsi malgré les avancées remarquables du programme de lutte, les résultats restent insuffisants au regard des objectifs fixés pour le renforcement du système de santé dans le PNDS et les OMD.

## 1.3 SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

### 1.3.1 Historique de la lutte

En Côte d'Ivoire le paludisme a été inscrit au nombre des maladies prioritaires de santé dans le plan de développement sanitaire (PNDS 1996-2005) par arrêté N° 133 MSP/CAB/ du 09 mai 1996 et cela s'est traduit par la création du PNLP au cours de la même année.

De 1997 à 1999, la Côte d'Ivoire a bénéficié de l'appui du plan d'accélération de la lutte antipaludique dans la Région africaine de l'OMS. Un plan d'action a été élaboré pour la mise en œuvre d'interventions prioritaires dans des districts sélectionnés (prise en charge des cas, promotion de la moustiquaire imprégnée d'insecticide, mobilisation sociale/IEC, surveillance, suivi et évaluation).

En 1999, à l'instar des autres pays endémiques d'Afrique, la Côte d'Ivoire s'est engagée dans l'initiative mondiale «Faire Reculer le Paludisme». La réunion de consensus des pays francophones d'Afrique s'est tenue à Abidjan en avril 1999.

Le 25 avril 2000, la Côte d'Ivoire a adhéré à la déclaration d'Abuja sur la lutte contre le paludisme, adoptée par les Chefs d'États africains ;

En 2005, le PNLP a été réorganisé par arrêté N°005/CAB/MEMSP du 06 janvier 2005, modifiant l'arrêté N°416 du 28 mars 2001. Le dernier arrêté est le N°311/MSHP/CAB du 04 Octobre 2007 ;

En 2005 a été organisé l'atelier de consensus sur le changement de politique par l'introduction des CTA dans le traitement des cas de paludisme simple et du TPI à la SP pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes.

En 2006, la Côte d'Ivoire a élaboré un plan stratégique 2006-2010. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, le PNLP a soumis avec succès au Round 6 qui ciblait les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

En 2007 un arrêté N°24 /CAB/MSHP du 02 janvier 2007 instituant un schéma thérapeutique en Côte d'Ivoire a été adopté et s'est traduite entre autre par

l'introduction des CTA dans traitement des cas de paludisme simple et du TPI à la SP pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes.

En 2008, sur la base des nouvelles recommandations d'Abuja visant l'accès universel des soins, le PNLN a soumis et obtenu une subvention dans le cadre du round 8 du Fonds Mondial pour le passage à échelle des interventions de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire.

En 2011, mis à échelle la dispensation des CTA, l'utilisation des TDR ainsi que la distribution de MILDA en campagne et en routine.

### ***1.3.2. Cadre institutionnel, programmatique et organisationnel de la lutte***

La Direction Générale de la santé assure depuis 2015, la coordination des activités des programmes dont le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

Pour la mise en œuvre des activités du PNLN, il a été créé une Direction de coordination dont l'organisation et le fonctionnement sont régis par l'arrêté N°311/MSHP/CAB du 04/10/2007 modifiant l'Arrêté N° 133 MSP/CAB du 06 mai 1996.

L'administration, l'animation, l'appui scientifique, le suivi et l'évaluation sont assurés par la direction de coordination et le groupe scientifique d'appui.

La direction est organisée en 6 services : (i) service de prévention, (ii) service de prise en charge, (iii) service de communication et partenariat, (iv) service de l'épidémiologie, suivi et évaluation, (v) service de la recherche, (vi) service administratif et financier.

Le programme bénéficie de l'appui technique et financier de partenaires tels que l'OMS, le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, l'UNICEF, MSH, HCR, SANOFI. Il faut noter également l'appui de certains partenaires à la mise en œuvre des interventions comme CARE CI, PSI, CARITAS, APROSAM, ROLPCI, CECI etc.

### ***1.3.3. Profil épidémiologique du paludisme***

En Côte d'Ivoire, le paludisme constitue un problème majeur de santé publique à l'instar des autres pays endémiques. Toute la population ivoirienne est exposée au paludisme. La transmission est stable sur toute l'année avec des recrudescences en saison des pluies. Il s'agit du premier motif de consultation avec une prévalence hospitalière de 43% en 2010 dans les structures de soins publiques.

Le profil épidémiologique des maladies transmissibles en Côte d'Ivoire publié en 2010 par l'OMS classe le paludisme parmi les maladies à fortes charge de morbidité et présentant un potentiel d'amplification telles que les maladies respiratoires aiguës chez l'enfant, les maladies diarrhéiques, la tuberculose et le VIH.

En 2013, plus de 3,5 millions cas de paludisme ont été enregistrés dans les structures de soins publics, avec une incidence de 105 pour mille dans la population générale et 295 pour mille chez les enfants de moins de 5 ans.

#### ☞ Parasites du paludisme

La principale espèce est *Plasmodium falciparum* (84%) qui est à l'origine de la plus part des infections rencontrées. Toutefois, d'autres espèces sont rencontrées en Côte d'Ivoire : il s'agit de *Plasmodium malariae* (14%), dans quelques rares cas, *Plasmodium vivax* (2%) et *Plasmodium ovale* sont retrouvés en association avec *P. falciparum*. La prévalence parasitaire globale pour toutes les espèces est d'environ 85%.

#### ☞ Vecteurs du paludisme

Le paludisme est transmis par trois complexes d'espèces vectorielles : *Anopheles gambiae* s.l. *Anopheles. funestus* s.l. et *Anopheles. Nili* s.l.

Les données disponibles montrent une forte anthropophilie d'*Anopheles gambiae* (77%) dans les localités où ce paramètre a été pris en compte : Bouaké, Gansé, Zatta, Tiémélékro, Sassandra, Soubré et Man. Ce taux est de 56% avec *Anopheles funestus*.

On note un caractère endophage des populations d'*Anopheles gambiae* et *Anopheles. funestus* en milieu rural. En milieu urbain, *Anopheles gambiae* pique aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur. Ces deux vecteurs sont largement endophiles mais peuvent devenir exophiles ou s'adapter à l'habitude de couchage des populations.

En Côte d'Ivoire, le niveau de résistance du vecteur majeur, *Anopheles gambiae* aux insecticides utilisés pour l'imprégnation des moustiquaires varie selon les insecticides<sup>3</sup>. Pour la perméthrine, il est de 0,75 %, la deltaméthrine 0,05 %, et l'  $\alpha$ -cyperméthrine 0,05% (sources ?).

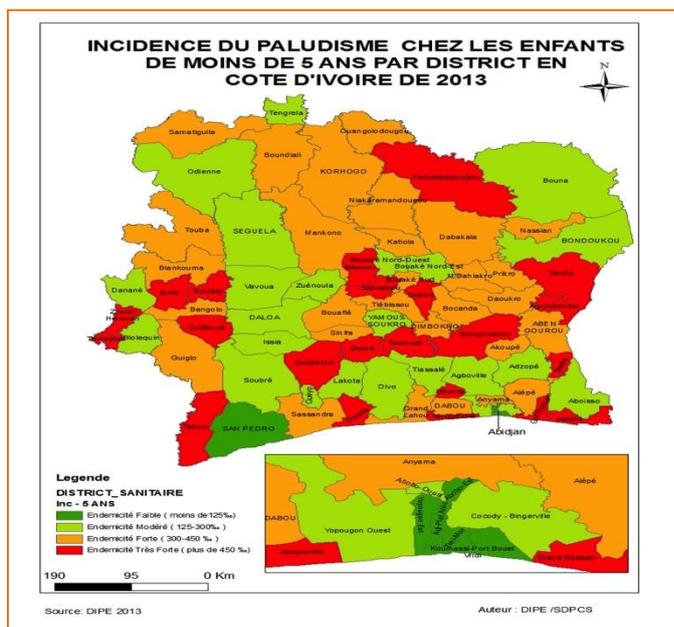
On note également une résistance variable aux insecticides utilisés pour la pulvérisation intradomiciliaire : l'Etofenprox (0,5 %), le DDT (4%), la dieldrine (4%), le pyrimiphos-méthyl (1%) le fenitrothion (1%), le carbosulfan (4 %) puis le bendiocarb (0.1%). Cette résistance présente des variations selon les faciès épidémiologiques du paludisme pour chacune des 20 régions sanitaires du pays.

#### ☞ Dynamique de transmission

Sur le plan national, la dynamique de la transmission varie suivant les zones climatiques subdivisées comme suit :

- La zone du Sud : région forestière avec une pluviométrie abondante (jusqu'à 1 800 mm), où la transmission du paludisme ne se fait que dans les clairières. Toutefois, avec la déforestation largement avancée, les zones de transmission sont de plus en plus importantes, et elle dure quasiment toute l'année ;
- La zone du Nord : zone de savanes boisées ou secteurs Sub-Soudanais et soudanais. La transmission est permanente avec une recrudescence pendant les saisons de pluies qui dure 6 à 8 mois;
- La zone de transition au centre, correspondant à la zone pré-forestière. La durée de la transmission est comparable à celle de la zone forestière. On observe également des variations en fonction du faciès écologique rizicole ou non rizicole.

#### ☞ Niveau d'endémicité

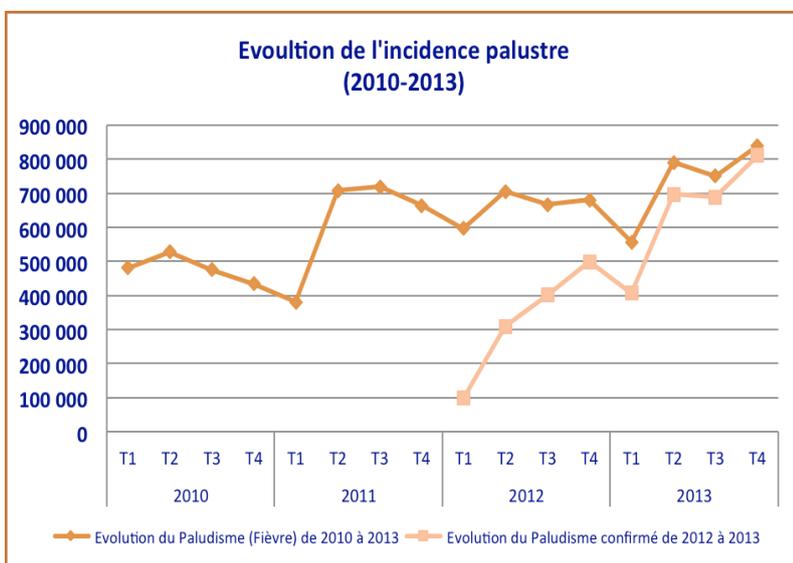


**Figure 2:** Cartographie de la morbidité des enfants de moins de 5 ans en 2013 par District Sanitaire

En Côte d'Ivoire, le paludisme est endémique dans tout le pays avec une transmission beaucoup plus importante au cours de la saison des pluies marquée par de forte densité des populations vectorielles. Les districts les plus touchés se retrouvent dans la zone climatique sud caractérisée par un climat subéquatorial et des précipitations abondantes.

Les districts les moins touchés se concentrent plus dans la zone climatique nord caractérisée par le climat tropical de savane humide. Il faut cependant que la majorité des districts présentent des incidences supérieures à 50 cas pour 1000 habitants avec des maxima de plus de 200 cas pour 1000 habitants pour certains districts.

certaines districts.

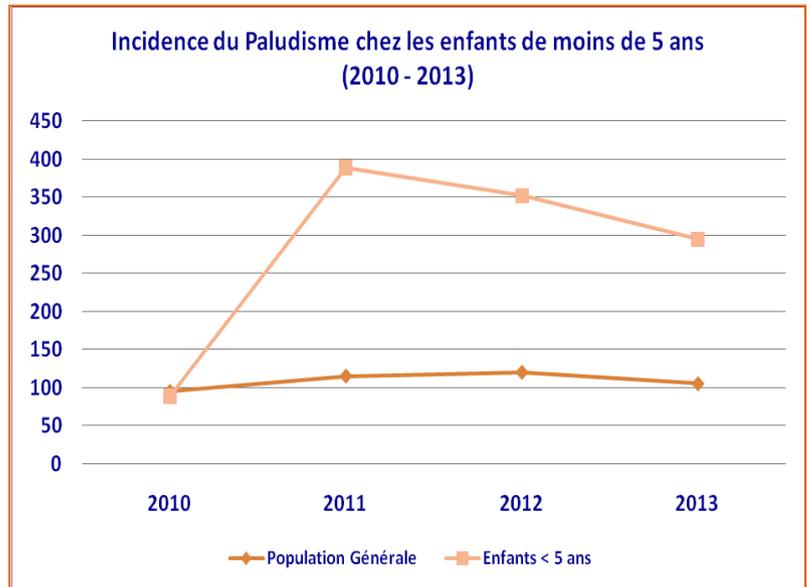


**Figure 3 :** Evolution trimestrielle des cas de fièvre de 2010 – 2013 et des cas de paludisme confirmés de 2012 à 2013

Comme présentés à la figure 3, les cas suspects et les cas confirmés (2012-2013) connaissent une augmentation régulière avec des pics fréquente au quatrième trimestre de chaque année et une baisse annuelle au premier trimestre. Cette augmentation des cas s'expliquerait par l'augmentation de recrutement des cas (vu les taux très faibles d'utilisation des services de santé) à travers les stratégies avancées et à travers l'amélioration du système de collecte de données instaurées depuis trois ans déjà... (voir

graphiques ci-dessous).

Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes payent le lourd tribut de cette endémie comme le révèle la figure 8 qui montre des incidences de trois à quatre fois plus importantes chez les enfants que dans la population générale. Cette incidence a une tendance à la baisse chez les enfants de moins de 5 ans avec l'introduction des TDRs en 2012 pour le diagnostic systématique des cas suspects.



**Figure 4:** Evolution trimestrielle des cas de paludisme confirmé chez les 0-5 ans de 2012 – 2013

☞ Taux de confirmation biologique du paludisme

Utilisation des TDR dans les FS					2014
	2010	2011	2012	2013	
Proportion FS utilisant TDRs	0	41,4%	66,9%	81,6%	91,3%
	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Taux de Positivité des Lames (GE)</b>		<b>45,7%</b>	<b>54,8%</b>	<b>23,4%</b>	<b>54%</b>
GE REALISEES	0	44 596	200 866	901 554	568 562
GE POSITIVES	0	20 367	110 024	210 749	306 926
	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Taux de Positivité des TDRS</b>			<b>64,7%</b>	<b>68,3%</b>	<b>69,4%</b>
TDRs REALISES	0	0	1 854 070	3 503 640	4904066
TDRs POSITIFS	0	0	1 198 806	2 393 579	3405905
	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Taux positivité des TDRS des &lt; 5 ans</b>			<b>54,7%</b>	<b>83,2%</b>	<b>75,2%</b>

TDRs REALISES	0		14 173	20 882	68178
TDRs POSITIFS	0		7 756	17 373	51335
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Taux de Confirmation par TDRS</b>			<b>66,3%</b>	<b>74,7%</b>	<b>92,3%</b>
Cas suspects	0	0	2 795 919	4 688 789	5925051
Cas testés	0	0	1 854 070	3 503 640	5474165

Les TDR ont été mis à échelle en Côte d'Ivoire à partir de Juin 2011; au cours de cette année ce taux est passé de 41% en 2011 à 91% en fin 2014.

Le taux de confirmation par TDR des cas suspects de paludisme est passée de 66% en 2012 à 92,3% en 2014.

#### 1.4 But et objectifs du plan national stratégique 2012-2017

Les deux buts du PSN révisé sont : (i) Réduire la mortalité due au paludisme en dessous de 1 décès pour 1000 cas d'ici la fin de 2015 et la maintenir jusqu'en 2017 ; (ii) Réduire de 75 %, par rapport à 2008, le nombre de cas de paludisme d'ici la fin de 2015 et le maintenir jusqu'en 2017.

Les 4 objectifs définis dans ce plan stratégique national sont :

- i. Accroître de 33 % à 80 %, d'ici fin 2015, la proportion de la population qui dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- ii. Accroître de 40 % à 80 %, d'ici fin 2015, la proportion de femmes enceintes qui prennent les deux doses de SP ;
- iii. D'ici fin 2015, 80% des cas de paludisme sont confirmés et pris en charge selon les directives nationales dans les structures sanitaires publiques et privées ainsi que dans la communauté ;
- iv. D'ici 2017, amener 80% des chefs de ménage, des femmes enceintes et les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans a adopté des comportements favorables à la lutte contre le paludisme et sa prise en charge à domicile.

## 1.5 Stratégies nationales de lutte contre le paludisme

### 1.5.1 LUTTE ANTI VECTORIELLE

#### ☞ PREVENTION PAR L'UTILISATION DE MILDA

Deux stratégies de distribution sont retenues :

- la campagne de masse pour l'ensemble de la population ;
- la distribution de routine à l'attention des populations à risque, particulièrement les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

#### ☞ PREVENTION PAR LA PULVERISATION INTRADOMICILIAIRE (PID)

La PID quant à elle consiste à l'imprégnation des murs intérieurs des habitations avec des insecticides à effet rémanent.

Cette stratégie sera développée dans une zone pilote pour permettre au pays de disposer de données factuelles et contextuelles sur la base desquelles l'extension sera envisagée.

Ainsi La PID ciblera 02 districts pilotes qui seront identifiés sur la base des paramètres entomologiques notamment celles qui sont liés au comportement d'endophagie et endophilie du vecteur en d'autre terme, la PID sera efficace si le vecteur préfère prendre son repas sanguin à l'intérieur des maisons et s'y reposer pour la digestion avant de sortir. Cette permettra au pays de disposer de données factuelles et contextuelles sur la base desquelles l'extension sera envisagée.

Etant donné la transmission permanente en Côte d'Ivoire, il sera nécessaire de réaliser chaque année deux à trois campagnes de pulvérisation avec une couverture attendue d'au moins 80% des habitats pour chaque campagne.

Les interventions proposées pour atteindre ces résultats sont :

- La réalisation d'une enquête entomologique dans la zone cible ;
- La réalisation d'une étude de faisabilité prenant en compte l'acceptabilité des populations et le type d'habitation ;
- L'acquisition de matériel et d'insecticide ;
- La formation des équipes techniques ;
- La sensibilisation de la communauté et la mobilisation sociale.

### *☞ PREVENTION PAR LA LAL*

En dehors de la Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID), la lutte Anti Larvaire (LAL) constitue une des deux autres stratégies recommandées par l'OMS dans le cadre de la lutte anti-vectorielle intégrée.

La lutte anti-larvaire comporte la lutte chimique qui repose sur le traitement des gîtes larvaires par des bio-larvicides et la lutte physique qui prend en compte l'assainissement du cadre de vie et de l'environnement.

La lutte sera développée dans des zones pilotes pour évaluer son coût /efficacité dans le contexte épidémiologique de la Côte d'Ivoire. Cela permettra au pays de disposer de données factuelles et contextuelles base sur laquelle une extension de la stratégie sera proposée.

La LAL ciblera 3 districts qui seront identifiés sur les bases de données climatologiques et entomologiques. En pratique, il s'agira de :

- Réaliser la cartographie complète des gîtes larvaires ;
- Acquérir le matériel technique et les bios larvicides ;
- Former les équipes techniques
- Traiter les gîtes larvaires avec les bios larvicides ;
- Assurer la surveillance entomologique ;
- Assurer la sensibilisation et la mobilisation sociale ;
- La contractualisation avec des structures compétentes.

Concernant la lutte physique, les collectivités locales et les associations à base communautaires organiseront des campagnes d'assainissement avec l'implication du Ministère de la salubrité urbaine et de l'environnement (MSUE). Il sera organisé dans chaque district appartenant à des régions stratifiées très sensibles et sensibles une campagne trimestrielle d'assainissement axée sur des initiatives communautaires volontaires avec l'appui en des organisations à base communautaires. Des jours fixes seront retenus chaque trimestre pour réaliser ces campagnes dans les ménages et dans les zones publiques. Un concours de District le plus propre sera organisé dans les régions stratifiées très sensibles et sensibles.

### ***1.5.2 PREVENTION PAR LE TPI A LA SP CHEZ LES FEMMES ENCEINTES***

La dispensation de la SP est l'une des stratégies retenues par le pays pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte. Cette stratégie repose sur l'administration d'au moins 3 doses de SP. Pour garantir la disponibilité et l'accessibilité de la SP dans les structures sanitaires, les interventions suivantes sont proposées :

- Acquérir la SP en quantité suffisante et la rendre disponible aux sites de consultation prénatale selon un plan d'approvisionnement et de distribution ;
- Fournir la SP à la femme enceinte lors des CPN à travers un paquet préventif gratuit prenant également en compte la MILDA ;
- Dispenser la SP lors des CPN au niveau des formations sanitaires publiques et privées ou à l'occasion de stratégies avancées ;
- Assurer l'approvisionnement et la dispensation gratuite de la SP dans le secteur privé ;
- Impliquer les acteurs du volet communautaire notamment les ASC, les ONG, les OBC, les OBF et les encadreurs d'alphabétisation pour la sensibilisation à l'utilisation des services par les femmes enceintes et la recherche active des perdues de vue en CPN.

### ***1.5.3 DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES CAS***

#### *☞ Diagnostic et traitement du paludisme dans les formations sanitaires*

Conformément aux directives de l'OMS, la confirmation biologique des cas présomptifs de paludisme sera obligatoire avant la prescription de tout traitement antipaludique dans les structures sanitaires publiques, privées et dans la communauté. Cette confirmation biologique se fera par la réalisation d'un test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme dans les structures sanitaires de premier contact public et privé.

Les examens de la goutte épaisse (GE) et du frottis sanguin (FS) seront réservés aux hôpitaux de référence et aux structures privées disposant d'un laboratoire fonctionnel.

Toutes les lames de goutte épaisse doivent être numérotées et conservées (positives et négatives) pour le contrôle de qualité qui sera organisé par le PNLP dans le cadre de l'encadrement continu des techniciens.

Un contrôle de qualité des TDR sera effectué chaque semestre à partir de prélèvements d'échantillons dans les structures publiques et privées.

Les besoins TDR et en réactifs pour la microscopie du paludisme seront quantifiés avec l'implication de la Nouvelle pharmacie de la santé publique (NPSP) et des partenaires. Les achats de ces produits seront confiés à la NPSP et également aux partenaires. La Nouvelle PSP assurera le stockage et l'approvisionnement régulier de ces examens biologiques dans toutes les formations sanitaires publiques.

☞ Traitement antipaludique efficace dans les formations sanitaires

La politique de traitement du paludisme, conformément aux recommandations de l'OMS repose sur l'utilisation des Combinaisons Thérapeutiques à base de dérivé d'Artémisinine (CTA) dans les cas de paludisme simple.

Le schéma thérapeutique révisé en mai 2013 recommande en cas de paludisme simple confirmé, l'utilisation de l'une des combinaisons suivantes : artesunate + amodiaquine ou arteméther + lumefantrine. Ce schéma sera appliqué dans toutes les formations sanitaires publiques et privées ainsi que dans la communauté.

En ce qui concerne le paludisme grave, sa prise en charge se fait en milieu hospitalier dans les formations sanitaires de référence et dans les structures privées disposant d'un plateau technique adéquat. Le schéma adopté repose sur l'utilisation l'Artésunate injectable ou de la quinine injectable ou l'artémether injectable.

Chez la femme enceinte en particulier, seule la quinine est préconisée quel que soit le type de paludisme et quel que soit l'âge de la grossesse.

En cas de paludisme grave, il est recommandé d'utiliser la quinine injectable en perfusion cependant, un dérivé de l'artémisinine injectable pourra être utilisé seulement au deuxième et troisième trimestre de grossesse.

Les achats de ces produits seront confiés à la NPSP et également aux partenaires.

La Nouvelle PSP assurera le stockage et l'approvisionnement régulier de ces intrants dans toutes les formations sanitaires publiques.

### ☞ Diagnostic et traitement du paludisme dans la communauté

La stratégie de prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM) vise uniquement les enfants âgés de moins de 5 ans dans les populations situées à plus de 5 km d'un centre de santé et qui implique déjà 24 districts sanitaires, sera étendue à 30 nouveaux districts au cours de la période de re-planification soit de 2014 à 2017. La PECADOM sera mis en œuvre par les agents de santé communautaire (ASC) dument formés.

Ceux-ci seront désignés par leur communauté avec l'appui des Equipes Cadre de Districts sur la base de critères bien définis. Cette stratégie sera renforcée par l'organisation trimestrielle de consultation en stratégies avancées dans les districts sanitaires et l'organisation de consultation dans les quartiers précaires de la ville d'Abidjan et de certaines villes de l'intérieur du pays. Ces activités permettront d'offrir les prestations de prévention et de traitement du paludisme à toutes les populations cibles y compris les femmes enceintes. Elles pourront être intégrées aux interventions d'autres programmes de santé notamment la prise en charge de la diarrhée et de la pneumonie en plus du paludisme.

Par ailleurs, il sera procédé au renforcement des capacités des prestataires des structures de santé publique et privé ainsi que les agents de santé communautaire impliqué dans la prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM). Ce renforcement de capacité sera axé sur l'application des nouvelles directives.

#### **1.5.4 GESTION DES URGENCES ET DES CATASTROPHES**

Les situations d'épidémie du paludisme peuvent se présenter en temps de crise socio-politique, de violences locales ou de catastrophes naturelles. Ces situations d'urgence sont également observées dans les zones précaires et de grande insalubrité. Pour prévenir le paludisme chez ces populations sans abri et hautement vulnérables au paludisme, il sera développé à travers le plan d'organisation des secours (ORSEC), des interventions de prévention et de prise en charge spécifique prenant en compte le traitement intermittent du paludisme chez la femme enceinte, la distribution des moustiquaires ainsi que la sensibilisation aux mesures d'assainissement sur les sites d'urgence.

### **1.5.5 IEC/CCC, MOBILISATION COMMUNAUTAIRE**

Pour une implication effective des parties prenantes dans la mise en œuvre de ce plan, 3 stratégies de communication seront utilisées :

- Le plaidoyer pour le partenariat : orientée vers les décideurs étatiques et les acteurs non étatiques (autorité religieuse, société civile, entreprises privées et les partenaires au développement) pour le cadre de partage des résultats et la mobilisation des ressources de la lutte contre le paludisme ;
- La communication pour le changement de comportement : communication de proximité dans la communauté qui sera réalisée à travers les activités suivantes :
- Activités de sensibilisation de proximité des relais communautaires ; qui animeront dans leurs différentes localités des causeries de groupes de quinze personnes, des visites à Domiciles des jeux de rôles, des projections de films et les théâtres. pour cela des boites à l'image et des outils de sensibilisation seront produits et distribué aux relais. Les nouveaux relais seront formés et les anciens recyclés à cet effet.

Les sensibilisations de masse : elles seront organisées dans les écoles et les quartiers en milieu urbain. L'organisation d'une semaine de sensibilisation dans les districts, l'initiation d'une caravane des artistes dans des régions ciblées. Des banderoles et des outils de communication seront produits à cet effet.

- la communication de masse média : Elle se fera à travers la production et la diffusion des supports de communication (affiches, dépliants, spots et magazines radio/TV, affiches panneaux, pancartes, communiqués, messages SMS,...) ;
- Un partenariat sera établi avec les radios de proximité, les religieux les médias publics (RTI) pour la diffusion des messages de sensibilisation sur la lutte contre le paludisme. La mise en fonction d'un site web dédié au PNLN en vue de la diffusion des informations sur la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire ;
- La mobilisation sociale et la participation communautaire : à travers la mise en place au niveau des Districts d'un comité multisectoriel de lutte contre le paludisme présidé par le corps préfectoral. Il servira au niveau local de plateforme de concertation entre les parties prenantes. les représentants des différents ministères techniques, les membres de la société civile, la communauté et le personnel de santé.

### **1.5.6 APPROCHE COMMUNAUTAIRE**

La stratégie de prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM) qui vise les enfants âgés de moins de 5 ans dans les populations situées à plus de 5 km d'un centre de santé et qui implique déjà 24 districts sanitaires, sera étendue à 30 nouveaux districts au cours de la période de replanification soit de 2014 à 2017. La PECADOM sera mis en œuvre par les agents de santé communautaire (ASC) dûment formés. Ceux-ci seront désignés par leur communauté avec l'appui des Equipes Cadre de Districts sur la base de critères bien définis. Cette stratégie sera renforcée par l'organisation trimestrielle de consultation en stratégies avancées dans les districts sanitaires et l'organisation de consultation dans les quartiers précaires de la ville d'Abidjan et de certaines villes de l'intérieur du pays. Ces activités permettront d'offrir les prestations de prévention et de traitement du paludisme à toutes les populations cibles y compris les femmes enceintes. Elles pourront être intégrées aux interventions d'autres programmes de santé notamment la prise en charge de la diarrhée et de la pneumonie en plus du paludisme.

Par ailleurs, il sera procédé au renforcement des capacités des prestataires des structures de santé publique et privé ainsi que les agents de santé communautaire impliqué dans la prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM). Ce renforcement de capacité sera axé sur l'application des nouvelles directives.

### **1.5.7 SUIVI ET EVALUATION**

Deux types de suivi des interventions de ce plan stratégique national seront développés :

1. Suivi de la qualité des prestations lors des visites de supervision routinière (directe ou indirecte) dans les structures sanitaires privées et publiques par les équipes cadres des districts ;
2. Suivi de la qualité des données à travers les visites de supervision, la visite annuelle de vérification des données sur site (OSDV) mais aussi lors des ateliers de validation des données au niveau des régions puis des visites de contrôle de la qualité des données dans les sites de gestion des données sur le paludisme.

Les résultats de ce suivi de la qualité des prestations et des données seront diffusés à travers les rapports de supervisions, les revues périodiques, les rapports trimestriels et annuels du PNLP et le RASS.

L'évaluation des effets et impacts des interventions du plan stratégique sera effectué à travers :

- les enquêtes de grandes envergures telles que MISC et EDS ;
- les enquêtes, études et recherches actions (évaluation de l'efficacité des MILDA, évaluation de résistance des vecteurs aux insecticides, Track, CAP ...) planifiées par le PNLP ;
- l'audit rapide de la qualité des prestations, le MIS, les revues de programme et les évaluations à mi-parcours ou finales du plan stratégique national ;
- les petites enquêtes telles que les enquêtes de services, la pharmacovigilance...

### **1.5.8 GESTION DU PNLP**

#### *☞ Planification et suivi de la mise en œuvre*

Les stratégies proposées pour assurer la planification et le suivi régulier des interventions sont essentiellement :

- L'élaboration chaque année d'un plan d'action opérationnel issu du plan stratégique, qui doit être transmis aux directions régionales et départementales;
- L'intégration des activités avec d'autres programmes de santé tels que PNSI/SE, PEV, PNSSU, PNSR/PF, PNPEC est une stratégie qui a fait ses preuves à travers les consultations foraines et la PECADOM;
- L'organisation de réunions et de supervisions semestrielles à l'attention des acteurs du niveau opérationnel pour la coordination et le suivi des interventions.
- La Task Force est une rencontre semestrielle qui regroupe les partenaires et les acteurs de mise en œuvre pour apprécier l'état d'avancement des interventions et réorienter la lutte.

### 1.4.5- Résultats et progrès de la lutte contre le paludisme

Le tableau ci-dessous présente le niveau d'atteinte des indicateurs du programme.

**Tableau III:** Niveau d'atteinte des indicateurs de lutte contre le paludisme

N°	Indicateurs	Cibles 2012	Cibles 2013	Résultats en 2013
1	Incidence annuelle du paludisme dans la population générale (dans les formations sanitaires)	100	80	105,64
2	Incidence annuelle du paludisme chez les moins de 5 ans (dans les formations sanitaires)	250	200	306,68
3	Prévalence parasitaire du paludisme			18%
4	Incidence des décès liés au paludisme chez les hospitalisés (hôpitaux, autres structures avec lits)	10%	8%	14 /100 000 (1/10 000)
5	Proportion de cas de paludisme simple correctement prise en charge dans les formations sanitaires chez les moins de 5 ans	70%	80%	59%
6	Proportion de patient hospitalisé pour paludisme dans les formations sanitaires	5,5		10 /1000
7	Proportion de ménages disposant d'au moins de deux MILDA	70%		42%
8	Proportion de personnes ayant dormi sous la MILDA la nuit ayant précédé l'enquête	60%		33%
9	Proportion d'enfants < 5 ans ayant dormi sous la MILDA la nuit ayant précédé l'enquête	60%		37%
10	Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous la MILDA la nuit ayant précédé l'enquête	60%		40%
11	Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse (au cours des deux années précédentes)	60%	70%	49%
12	Proportion de patients souffrant du paludisme qui ont été vus par un agent de santé et ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires publiques	60%	70%	69%
13	Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant bénéficié de TDR au niveau communautaire dans les zones requises		70%	58%

<b>N°</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Cibles 2012</b>	<b>Cibles 2013</b>	<b>Résultats en 2013</b>
14	Proportion de patients souffrant de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires privées	50%		ND
15	Proportion de personnes ayant dormi sous la MILDA la nuit ayant précédé l'enquête	60%		33%
16	Proportion d'enfants < 5 ans ayant dormi sous la MILDA la nuit ayant précédé l'enquête	60%		37%
17	Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous la MILDA la nuit ayant précédé l'enquête	60%		40%
18	Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludique correct dans la communauté		50%	53%
19	Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires publiques		70%	ND
20	Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires privées		50%	ND
21	Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'antipaludiques (CTA) recommandés de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois	90%	100%	93%
22	Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock de Sulfadoxine-Pyriméthamine de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois	32%	70%	82%
23	Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock de MILDA de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois		70%	73%

## II. ANALYSE DU SYSTEME DE SUIVI/EVALUATION

### 2.1. Système de suivi/évaluation du secteur de la santé

Le Ministère en charge de la santé a renforcé son Système d'Information Sanitaire par la mise en place en 1995 du Système d'Information Gestion (SIG). Le système a pour rôle et fonctions la collecte, le traitement, l'analyse, la production et la diffusion des données en provenance des structures sanitaires publiques, confessionnelles, privées et entreprises du pays. L'objectif principal de ce système est de rendre disponible des données de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'un des piliers sur lequel repose la mise en œuvre le plan de développement sanitaire est le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) qui a pour objectif principal de produire et diffuser des informations de qualité sur l'offre et les services de soins devant servir à la prise de décision en matière de santé.

Ce système est géré par la Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation (DIPE) conformément à l'arrêté n° 299/MSHP/CAB du 13 décembre 2006 portant organisation et fonctionnement de cette direction centrale. La DIPE a pour mission de :

- coordonner la mise en œuvre du système d'information sanitaire,
- collecter, traiter, diffuser l'information sanitaire et élaborer le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS),
- Élaborer et actualiser annuellement la Carte Sanitaire et le répertoire des Établissements Sanitaires,
- Mettre en place une base de données et assurer l'archivage électronique de toutes les informations relatives au système sanitaire,
- Réaliser les études, planifier et programmer le développement du système sanitaire en collaboration avec la Cellule de Prospective et de Stratégie du Ministère (CPS) devenue la Direction de la Prospective, de la Planification, et des Stratégies (DPPS) depuis 2011 ;
- Tenir à jour les statistiques sanitaires
- Élaborer et promouvoir un système d'évaluation épidémiologique.

Afin de mener à bien ses missions, la DIPE a mis en place un mécanisme de gestion de l'information sanitaire qui repose sur un circuit de l'information décrivant les différents niveaux de collecte des données avec des outils standardisés.

## 2.1.1 Mécanisme de collecte de données

### ☞ Outils de collecte de données

#### Les outils de collecte routinière

Les outils de collecte utilisés sont pour la plupart conçus et validés par la DIPE. Ce sont :

- Les registres de consultation curative
- Les registres de vaccination et de consultation prénatale
- Les registres spécifiques au VIH (CDV, PTME, PEC)
- Les rapports mensuels d'activités des structures sanitaires : Rapports A (ESPC), B1 (HG), C1 (CHR)
- Les rapports trimestriels : D1 (DDS), E1 (DRS)
- Les rapports annuels : A2 (ESPC), B2 (HG), C2 (CHR)

#### Les outils de collecte non routinière

Il s'agit de fiches et des bulletins spécifiques à la surveillance épidémiologique et aux enquêtes périodiques menées par la DIPE en collaboration avec ses partenaires.

### ☞ Méthode de collecte et de transmission des données

#### Données de routine

Les données de routine sont recueillies à travers le Système d'Information et de Gestion (SIG). Les supports de collecte utilisés sont constitués par les registres de consultation curative, les registres de vaccination et de consultation prénatale, les registres spécifiques au VIH, les rapports mensuels d'activités des structures sanitaires, les trimestriels et annuels. Les données collectées concernent les indicateurs d'intrants, de processus et de produits.

La transmission des données se fait à chaque niveau de la pyramide sanitaire :

- ✓ **Au niveau ESPC** : Les prestataires de soins transmettent à la fin de chaque mois leurs rapports mensuels d'activités au district au plus tard le 5 du mois suivant. Ces données sont transmises au district sous la forme papier. Les responsables des

structures sanitaires sont en outre chargés de la vérification, la validation et la compilation des données des relais communautaires exerçant dans l'aire sanitaire.

- ✓ **Au niveau du district sanitaire** : Au niveau du district, les données transmises par les responsables des aires sanitaires sont compilées et analysées par le gestionnaire des données. Ces données sont partagées et validées au cours des réunions mensuelles de l'équipe cadre de district puis transmises à la direction régionale de santé au plus tard le 10 du mois en cours.

Un processus d'intégration des données du secteur privé et parapublique a été initié par la DPPEIS afin de permettre une collecte exhaustive des données sanitaires nationales.

Il faut également noter que les données communautaires sont transmises mensuellement par les ONG/OBC au district. Mais la matrice actuelle de rapportage des données ne prend pas en compte ces données.

- ✓ **Au niveau de la Direction régionale de la santé**: Elle est chargée de la compilation et la validation des données provenant des districts sanitaires. La transmission des données est faite sur support électronique au plus tard le 15 du mois.
- ✓ **Au niveau central** : La DPPEIS compile et analyse les données en provenance des régions et, produit un rapport national annuel qui est partagé avec les structures du Ministère de la Santé de la lutte contre le Sida et les partenaires.

#### Données non routinières

Ces données sont collectées à travers des enquêtes et des études. La collecte non routinière permet de renseigner les indicateurs d'effet et d'impact. Cette collecte est réalisée par la DPPEIS elle-même ou par des structures nationales telles que l'INSP, l'INS avec l'appui des partenaires du Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida.

Certains indicateurs sont mesurés par les enquête d'envergure telles que : l'EDS, l'EIP ou MIS, la MICS, etc.

#### **Circuit de l'information**

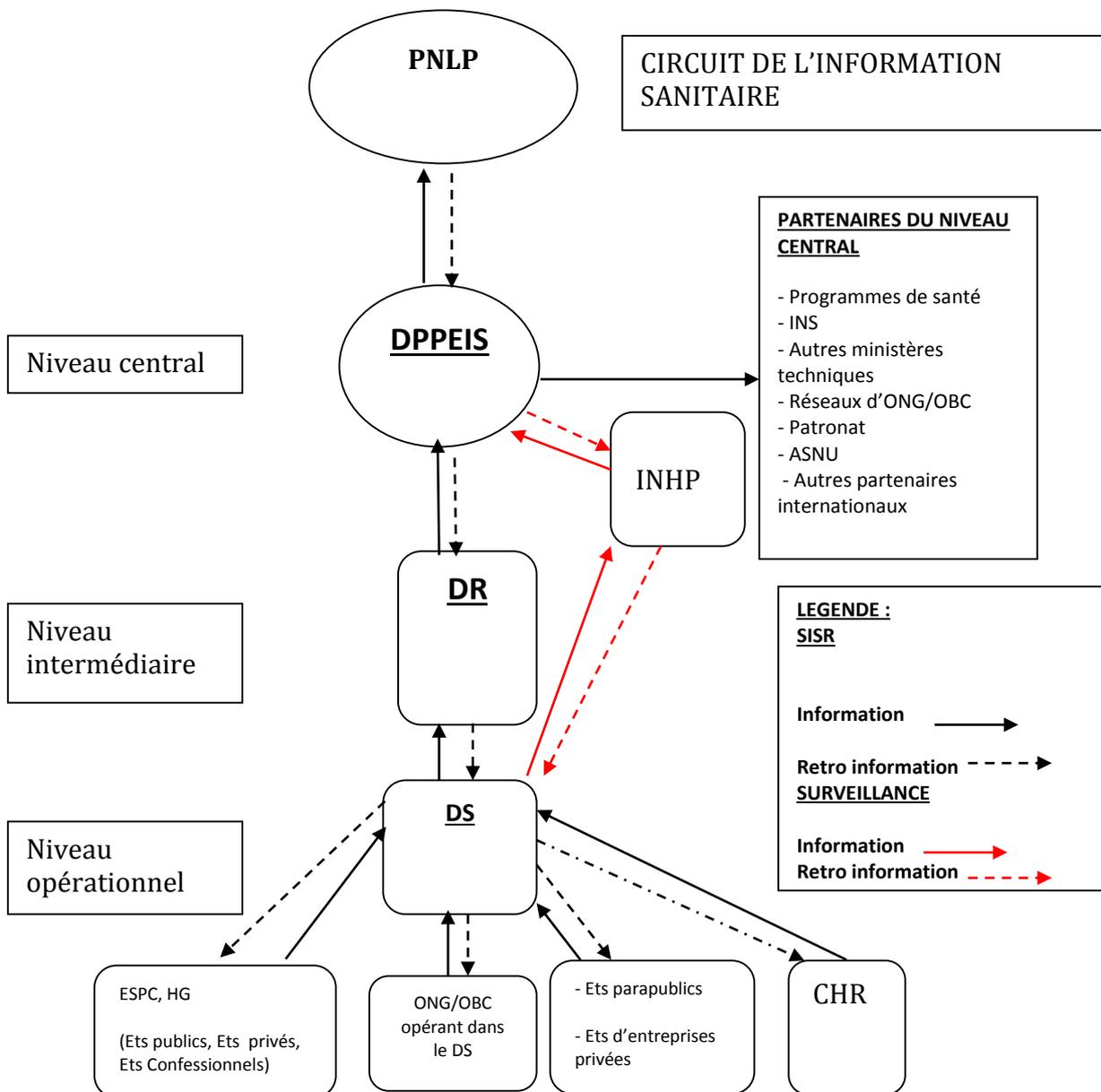
Le circuit de l'information sanitaire national comprend trois grands niveaux :

- **Le niveau opérationnel**: Les données générées mensuellement au niveau des ESPC, des HG et de la communauté sont compilées et transmises sur support papier (rapport A) au

district. Les rapports A sont compilés, traités, analysés et validés par le district avant transmission chaque trimestre sur support électronique à la Direction Régionale de Santé.

- **Le niveau intermédiaire** : La Direction Régionale de la santé compile, traite, analyse et valide les données transmises trimestriellement par les districts et les CHR avant de les acheminer à la DPPEIS sur support électronique.

- **Le niveau central** : la DPPEIS reçoit chaque trimestre les rapports provenant de toutes les régions sanitaires et des EPN. Elle procède au traitement et à l'analyse fine de toutes les données reçues pour les rendre utilisables pour la prise de décision.



**Figure 5:** Circuit de l'information sanitaire

### **2.1.2 Analyse de la performance du SNIS**

Deux évaluations du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) ont été menées en 2008 et 2012 par la DIPE avec l'appui technique de MEASURE/Evaluation-JSI. Les rapports de ces évaluations ont permis de relever les atouts et les insuffisances de ce système qui sont décrit ci-dessous :

#### **☞ Acquis du SNIS**

- ✓ L'élaboration d'un manuel national de gestion des données qui présente les procédures de collecte, d'analyse, de transmission et de sauvegarde des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ✓ L'identification des Indicateurs clés avec des définitions claires ;
- ✓ L'existence d'applications informatiques (SIGVISION) et des outils standardisés pour la gestion des données;
- ✓ Initiation d'un logiciel national performant (DHS2) en 2013 .
- ✓ La diffusion des annuaires des statistiques sanitaires annuelles de 2000 à 2013.

#### **☞ Insuffisances du SNIS**

L'évaluation de la performance du Système d'Information et de Gestion (SIG) réalisée en 2012 visant la qualité des données et d'utilisation de l'information était basée sur le cadre conceptuel développé par le projet MEASURE Evaluation pour améliorer la Performance Gestion des Système d'Information de Routine (PRISM). Le rapport de cette évaluation révèle les points suivants :

- ✓ La performance du système était bonne pour la qualité des données. Par contre pour l'utilisation de l'information, des efforts restent encore à faire surtout au niveau des établissements sanitaires.
- ✓ En termes de processus du SISR on peut dire que la collecte et la transmission des données se déroulaient très bien avec une vérification de la qualité quasi systématique durant les supervisions.
- ✓ Néanmoins, des faiblesses persistaient dans le traitement, l'analyse, l'affichage des données et la transmission de feedback.

- ✓ Sur le plan des déterminants comportementaux, la confiance dans la capacité de réalisation des tâches du SISR était très bonne et dépassait souvent les compétences observées.
- ✓ Ces compétences observées étaient insuffisantes dans les domaines de la vérification de la qualité, l'interprétation et l'utilisation de l'information.
- ✓ Les agents interrogés se sentaient très motivés pour la réalisation des tâches du SISR malgré l'absence de récompense pour le travail bien fait.
- ✓ Les agents percevaient très bien les efforts faits par le Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA pour promouvoir la culture de l'information.
- ✓ Concernant les déterminants techniques, les personnes interrogées estimaient que le SISR donnait une bonne vision des performances du système de santé, que le logiciel du SISR était une bonne plateforme d'intégration.
- ✓ L'existence de systèmes parallèles et le manque de réseau de communication pour le partage de l'information ont été soulignés.
- ✓ Au niveau des déterminants organisationnels, il a été noté le faible support des fonctions critiques de gestion touchant à la gouvernance, la planification, la formation, les finances et la supervision.
- ✓ Les documents montrant réellement une promotion de la culture de l'information (directives, exemples d'utilisation ...) étaient également très rares.
- ✓ La disponibilité des ressources telles que les ordinateurs et imprimantes était très bonne au niveau de la DPPEIS, des régions médicales et des districts sanitaires et faible au niveau des établissements sanitaires.
- ✓ L'accès à l'internet n'était pas systématique surtout au niveau des établissements sanitaires. Au niveau de la DIPE, des régions et des districts il y avait un personnel formé s'occupant du SISR ce qui n'était pas le cas au niveau des établissements sanitaires.
- ✓ Pour l'utilisation, elle était meilleure au niveau des districts et semblable au niveau des établissements sanitaires.

Les recommandations de cette évaluation de 2012 :

Au terme de l'évaluation, les recommandations portent sur

- la mise en œuvre d'un ensemble de stratégies et d'activités visant à renforcer le SISR au niveau des établissements sanitaires et l'utilisation de l'information
- et aussi d'un renforcement du partenariat entre toutes les parties prenantes du système d'information d'une part et d'autre part entre le MSLS et ses partenaires clés pour couvrir l'ensemble des besoins en renforcement

Au vu de toutes ces insuffisances, un plan de renforcement du SNIS a été proposé en 2012, puis un plan trinal a été proposé en 2013 prenant en compte l'amélioration de la gestion des données aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant la mise en œuvre de ce plan a connu bien de difficultés liés à l'insuffisance de ressources humaines, matériels et financières.

## **2.2. Système de suivi/évaluation du programme paludisme**

### ***2.2.1. Description du système de suivi/évaluation du programme paludisme***

Le système de suivi évaluation de la lutte contre le paludisme est intégré au SNIS.

Le service de l'épidémiologie, du suivi et de l'évaluation est chargé (arrêté 2007 du PNL) :

- ✓ d'assurer la collecte et l'analyse de données de qualité sur l'épidémiologie du paludisme;
- ✓ de faire le suivi des interventions à travers les réunions de coordination et les supervisions des différents niveaux de la pyramide avec la DIPE ;
- ✓ de réaliser les évaluations périodiques permettant de situer le niveau de la lutte contre le paludisme dans le pays,
- ✓ d'élaboration des rapports d'activité du programme.

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités de suivi, ce service est en étroite collaboration avec les districts et régions sanitaires ainsi que certaines les structures techniques du ministère de la santé telle que la DIPE, la PSP et la DPM.

Le PNL utilise le circuit et les outils du SNIS en vue d'optimiser la gestion des données liées aux activités de lutte contre le paludisme.

En dehors des informations recueillies à partir des outils classiques du SIG, certaines données sont collectées à travers les rapports d'activités spécifiques du paludisme élaborés par les entités de mise en œuvre pour compléter les données habituelles. Il s'agit notamment des:

- ✓ rapport-commandes des médicaments et autres intrants
- ✓ Fiches de pharmacovigilance
- ✓ cahiers d'activités des relais communautaires
- ✓ fiches trimestrielles de suivi des indicateurs du paludisme
- ✓ rapports mensuels d'activités du programme et des ONG intervenant dans la lutte.
- ✓ rapports d'activités des radios de proximité ;
- ✓ rapports de supervisions,
- ✓ rapports de formations,
- ✓ rapports de réunions

Certaines données sont également collectées dans le cadre de la surveillance épidémiologique du paludisme sur les 6 sites sentinelles existants actuellement. Les thématiques visées sont :

- ✓ La Pharmacovigilance
- ✓ La Surveillance de la résistance des parasites aux antipaludiques
- ✓ La Surveillance de l'efficacité de la SP
- ✓ La Surveillance de la résistance des vecteurs aux insecticides
- ✓ La Surveillance de l'efficacité résiduelle des moustiquaires
- ✓ Le Suivi de la transmission du paludisme
- ✓ Le suivi épidémiologique du paludisme (cas et décès).

Les 6 sites ont été identifiés en fonction des zones éco-épidémiologiques. Il s'agit de :

- ✓ Yamoussoukro pour la zone de transition savane-forêt
- ✓ Man pour la région des montagnes de l'ouest
- ✓ Abidjan comme zone particulière
- ✓ Abengourou pour la zone forestière du Sud-Est
- ✓ Korhogo pour la zone de savane au Nord
- ✓ San Pedro comme zone lagunaire et forestière du Sud-Ouest.

6 nouveaux sites sentinelles seront identifiés en collaboration avec le Groupe Scientifique d'Appui au PNLP au cours de la période 2015-2017. Il aura ainsi 12 sites sentinelles.

Sur la base des outils standardisés du SIG, chaque établissement sanitaires de premier contact, élabore et achemine un rapport mensuel au service de gestion des données du district. Les données des structures sanitaires permettent aux districts de renseigner chaque trimestre la fiche de suivi des indicateurs du paludisme. Cette fiche est ensuite transmise au PNLP sur support électronique avant l'organisation des réunions trimestrielles régionales de validation des données réunissant les gestionnaires de données et les pharmaciens des districts.

Au cours de ces réunions de validation, la vérification des données se fait à travers les rapports mensuels des structures sanitaires. En plus des rapport mensuels du SIG, certaines indicateurs spécifiques sont collectées dans les rapports d'activités de supervision, de formation, de réunion de coordination, les fiches de laboratoire et les rapports des pharmaciens produits à partir des rapports commandes des ESPC.

### ***2.2.2. Analyse des performances du système de suivi/évaluation du programme paludisme***

Le système de suivi et évaluation du paludisme permet de générer les informations utiles à la planification et à la prise de décision. Ce système dans son organisation présente les atouts et des faiblesses suivants :

#### *☞ Forces du système de suivi et évaluation du PNLP*

La collaboration avec la DPPEIS a permis d'obtenir les acquis notables en ce qui concerne :

- ✓ la validation trimestrielle des données de morbidité et de la pharmacie au niveau régional;
- ✓ La supervision des gestionnaires de données;
- ✓ le contrôle de la qualité des données;
- ✓ la révision des indicateurs et d'adaptation des outils nationaux de collecte de l'information sanitaire ;
- ✓ la révision des outils prenant en compte tous les indicateurs clés du paludisme (Prévention, diagnosticet traitement);

- ✓ la mise à jour régulière de la base de données du PNLP;
- ✓ la disponibilité des données d'études et d'enquêtes sur la lutte contre le paludisme ;
- ✓ Existence d'un cadre de concertation intersectorielle avec la DPPEIS et les programmes pour l'étude des possibilités d'intégration des outils spécifiques au programme ;
- ✓ Disponibilité des partenaires techniques et financiers à accompagner le processus.

☞ *Faiblesses du système de suivi et évaluation du PNLP*

Ce système connaît quelques insuffisances, il s'agit notamment de:

- ✓ la faible disponibilité des outils de gestion des données dans les établissements sanitaires et au niveau communautaire ;
- ✓ l'insuffisance de collecte de données au niveau communautaire ;
- ✓ l'absence d'intégration des données des EPN de santé et du privé dans le SIG ;
- ✓ l'insuffisance du personnel formé pour la gestion des données au niveau district et surtout au niveau régional ;
- ✓ L'absence de serveur au niveau du PNLP pour la base de données;
- ✓ L'existence de plusieurs supports de collecte des données en dehors des outils SIG;
- ✓ L'inexistence d'un mécanisme permettant l'intégration des données communautaires au rapport d'activités des structures sanitaires pour la remontée vers le district sanitaire ;
- ✓ L'insuffisance de sécurisation et archivage des données ;
- ✓ L'absence d'un bulletin trimestriel de retro-information ;
- ✓ La faible dissémination de l'information aux différentes parties prenantes ;
- ✓ La faible utilisation des données sur le paludisme par le niveau régional et district.

### III. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN SUIVI/EVALUATION

#### 3.1. Justification du Plan Suivi/Evaluation du programme paludisme

Le présent plan de suivi et évaluation de lutte contre le paludisme révisé 2012-2017 est un document qui permet d'obtenir des informations stratégiques à travers différents systèmes de collecte des données et de prendre les décisions nécessaires à l'amélioration des interventions du programme..

Il sert à orienter la mise en œuvre des activités sur la période afin d'assurer le suivi optimal des interventions. Ce plan contribue à l'amélioration de la performance de la lutte. et facilite le suivi de la mise en œuvre des activités du programme.

#### 3.2. Processus d'élaboration du Plan Suivi/Evaluation 2012-2017

Les axes d'interventions identifiés dans le plan stratégique révisé 2012-2017 de lutte contre le paludisme ont servi d'orientation à l'élaboration de ce plan de suivi et évaluation. A travers un processus participatif et consultatif, le PNLP a entrepris l'élaboration du plan de suivi/évaluation stratégique 2012-2017 avec plusieurs structures techniques du ministère intervenant dans la lutte contre le paludisme et les partenaires de mise en œuvre. Ce processus s'est déroulé en trois étapes. Les deux premières étapes ont été faites en 2012, la troisième étape s'est faite en 2014 après la revue à mi-parcours et l'extension du PSN jusqu'en 2017.

##### *☞ Etape 1*

Elle a commencé de décembre 2011 à mai 2012, par la revue de performance du programme de 2006 à 2010 qui a débouché sur l'élaboration du 3ème plan stratégique pour la période 2012-2015. Ce document a été élaboré avec l'appui technique de consultant de l'équipe inter-pays de l'OMS en Afrique de l'Ouest, de WARM en collaboration avec les partenaires impliqués dans la lutte antipaludique en Côte d'Ivoire.

##### *☞ Etape 2*

Dans le souci de disposer de tous les documents normatifs selon les standards internationaux, le PNLP a entrepris l'élaboration du plan de Suivi-Evaluation 2012-2015. Pour ce faire, le PNLP a été appuyé techniquement par de l'équipe OMS inter-pays et des consultants RBM pour consolider le plan. Le présent document a fait l'objet d'une

validation consensuelle entre le PNLP et ses différents partenaires et le Ministère de la Santé, représenté par la DIPE et la DSCMP.

### ☞ **Etape 3**

Au cours de la revue à mi-parcours du plan stratégique réalisée en Mars 2014, une équipe composée des membres du service de l'épidémiologie, du suivi et de l'évaluation ainsi que le service recherche, la DPPEIS et la DCSMP, la DPML ont procédé à l'analyse des aspects spécifiques au suivi et évaluation, non seulement du système national de l'information sanitaire, mais également du suivi spécifique des interventions de lutte contre le paludisme. Après cette étape d'évaluation, le présent plan de suivi et évaluation est proposé pour assurer le suivi de la mise en œuvre des interventions du plan stratégique 2012-2015 révisé (Re-planification 2014-2017).

## **IV. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION DU PROGRAMME PALUDISME**

### **4.1. Objectifs et cibles de la lutte antipaludique au niveau international**

Les axes prioritaires et les axes stratégiques identifiés dans plan stratégique 2012-2015 de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire vise l'atteinte des objectifs du plan mondial de lutte contre le paludisme (GMAP) et ceux du Millénaire pour le développement (OMD). Les objectifs et buts clés de lutte contre le paludisme convenus au niveau international sont présentés ci-dessous.

#### ***4.1.1- Objectifs du Millénaire pour le développement***

##### ☞ Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile

**Indicateur 13** : Taux de mortalité des moins de cinq ans.

**Indicateur 14** : Taux de mortalité des nourrissons.

##### ☞ Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

**Cible 6.C** : Arrêter la progression du paludisme et d'autres maladies et commencer à réduire leur prévalence d'ici 2015.

**Indicateur 21** : Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie.

**Indicateur 22** : Proportion de la population vivant dans des zones à risque et qui utilisent des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme.

#### **4.1.2- Assemblée mondiale de la santé 2005**

Elle recommande de mettre en place des politiques et des plans opérationnels au niveau national pour que d'ici 2010, au moins 80 % des personnes exposées au paludisme ou qui en sont atteintes bénéficient d'interventions préventives et curatives d'envergure conformément aux recommandations techniques de l'OMS, afin d'obtenir une réduction du fardeau du paludisme d'au moins 50 % d'ici 2010 et de 75 % d'ici 2015.

#### **4.1.3- Plan stratégique mondial contre le paludisme**

##### **D'ici 2015 :**

- La morbidité et la mortalité dues au paludisme sont réduites de 75 % par rapport à 2000, non seulement sur la moyenne nationale, mais aussi chez les groupes les plus pauvres des pays concernés.
- Les OMD liés au paludisme sont atteints, non seulement sur la moyenne nationale, mais aussi chez les groupes les plus pauvres des pays concernés.
- La couverture mise en place est universelle, équitable et efficace.

##### **Actualisation des objectifs, cibles, jalons et priorités du plan mondial contre le paludisme 2011-2015 actualisés (juin 2011) :**

##### ➤ **Objectif 1 : réduire la mortalité mondiale due au paludisme pour obtenir un chiffre proche de zéro d'ici la fin de 2015**

- **Cible 1.1 :** atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge des cas dans le secteur public, de sorte que, à la fin 2013, (i)- 100 % des cas suspectés de paludisme doivent faire l'objet d'une analyse diagnostique, et (ii)- 100 % des cas avérés doivent être traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces
- **Cible 1.2 :** atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge des cas dans le secteur privé, ou l'orientation appropriée vers des services spécialisés, de sorte que, à la fin 2015, (i)- 100 % des cas suspectés de paludisme doivent faire l'objet d'une analyse diagnostique, et (ii)- 100 % des cas avérés doivent être traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces.

- **Jalon (objectif intermédiaire):** d'ici la fin de 2013, dans les pays endémiques, (i)- 50 % des personnes réclamant un traitement pour des symptômes associés au paludisme dans le secteur privé déclarent avoir fait l'objet d'une analyse diagnostique, et (ii)- 100 % des cas avérés déclarent avoir été traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces.
- **Cible 1.3 :** atteindre la couverture universelle en ce qui concerne la prise en charge communautaire (CCM) des cas de paludisme, de sorte que, à la fin 2015, dans les pays où la stratégie de CCM des cas de paludisme est l'approche appropriée, (i)- 100 % des cas de fièvre (suspicion de paludisme) doivent faire l'objet d'une analyse diagnostique, et (ii)- 100 % des cas avérés de paludisme sans complications doivent être traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces.

Par ailleurs, 100 % des suspicions et cas avérés sévères doivent être traités de manière adéquate dans des structures spécialisées.

- **Jalon (objectif intermédiaire):** D'ici la fin de 2012, tous les pays dans lesquels la stratégie de CCM des cas de paludisme est l'approche appropriée, doivent adopter des politiques encourageant la CCM (comprenant l'utilisation d'analyses diagnostiques et de traitements efficaces) ;
- **Jalon (objectif intermédiaire):** D'ici la fin de 2013, dans tous les pays où la stratégie de CCM des cas de paludisme est l'approche appropriée, (i)- 80 % des cas de fièvre doivent faire l'objet d'une analyse diagnostique, et (ii)- 80 % des cas avérés de paludisme doivent être traités à l'aide d'antipaludiques adaptés et efficaces.

➤ **Objectif 2 : réduire de 75 % (par rapport à 2000) le nombre de cas de paludisme dans le monde d'ici la fin de 2015**

- **Cible 2.1 :** atteindre l'accès universel en ce qui concerne les mesures de prévention ainsi que leur utilisation avec d'ici la fin de 2013, dans les pays où l'accès et l'utilisation universels des mesures de prévention n'ont pas encore été mis en place, l'accès et l'utilisation doivent atteindre 100 % parmi toutes les populations à risque, au moyen d'interventions adaptées au contexte.
- **Cible 2.2 ;** maintenir l'accès universel en ce qui concerne les mesures de prévention ainsi que leur utilisation avec d'ici 2015 et au-delà, tous les pays doivent maintenir l'accès et l'utilisation universels en mettant en œuvre un ensemble adapté d'interventions préventives.
- **Jalon (objectif intermédiaire):** entre 2013 et jusqu'à 2015, l'accès et l'utilisation universels des interventions préventives adaptées doivent être maintenus dans tous les pays.

- **Cible 2.3** : accélérer le développement des systèmes de surveillance avec d'ici la fin de 2015, tous les districts doivent être en mesure de produire des données mensuelles en ce qui concerne les cas suspectés de paludisme, le nombre de cas faisant l'objet d'une analyse diagnostique et le nombre de cas avérés dans tous les établissements médicaux publics, ou bien dans un groupe d'établissements représentatifs.
- **Jalon (objectif intermédiaire)**: d'ici la fin de 2013, 50 % des pays endémiques doivent avoir atteint l'objectif fixé pour 2015.

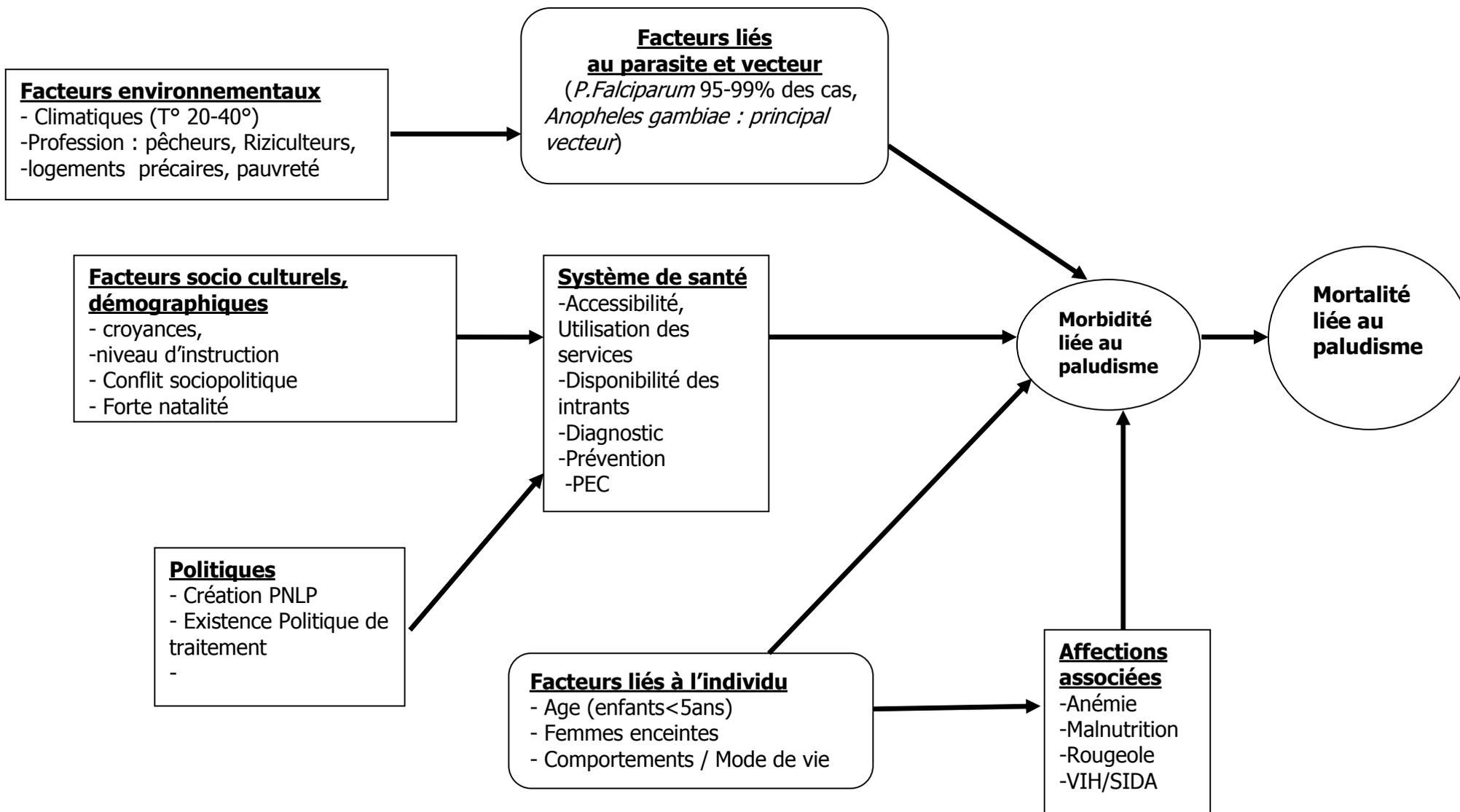
#### 4.3. Cadres spécifiques de Suivi/Evaluation de la lutte contre le paludisme

##### 4.3.1. Cadre conceptuel de la lutte contre le paludisme

Le paludisme est lié à différents facteurs/déterminants qui sont:

- Les facteurs environnementaux: Climatiques (T° 20-40°), Profession (pêcheurs, Riziculteurs), logements précaires, pauvreté
- Les facteurs liés au parasite et au vecteur: P.Falciparum 95-99% des cas, Anopheles gambiae : principal vecteur
- La politique de lutte contre le paludisme: Document de politiques et les directives du paludisme
- Facteurs socio culturels : croyances, niveau d'instruction, conflits sociopolitique, forte natalité
- Facteurs liés à l'individu : Age (enfants<5ans), femmes enceintes, mode de vie
- Affections associées au paludisme : Anémie, malnutrition, rougeole, VIH/SIDA
- Système de santé : Accessibilité, utilisation des services, disponibilité des intrants, diagnostic, prévention, prise en charge.

La figure ci-dessous présente le cadre conceptuel de la lutte contre le paludisme.

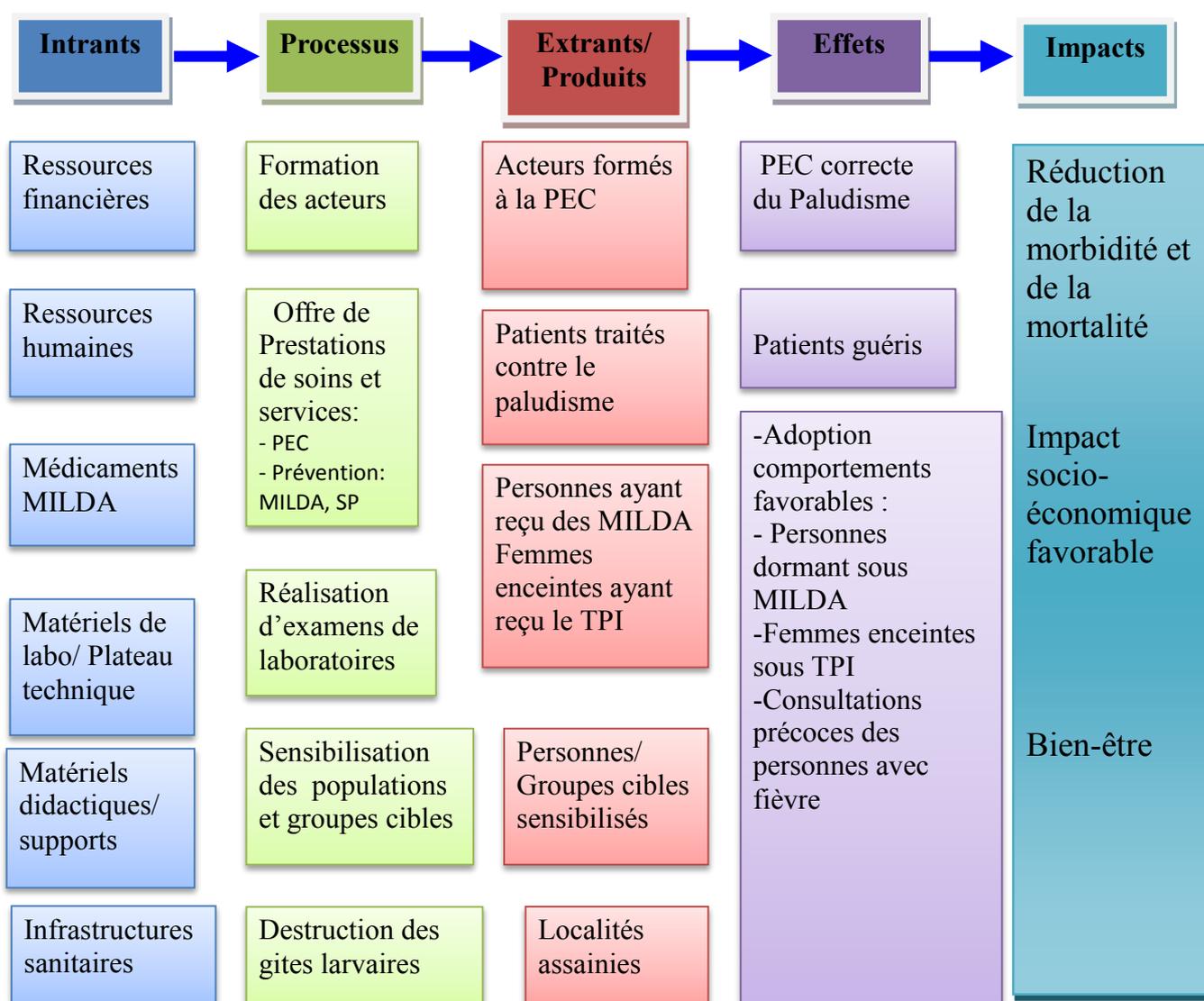


**Figure 6 :** Cadre conceptuel de la lutte contre le paludisme

### .3.2. Cadre de résultats du suivi/évaluation de la lutte contre le paludisme

La mesure des performances et de l'impact des interventions de lutte antipaludiques mise en œuvre doit prendre en compte les différentes étapes du cadre programmatique de la lutte contre le paludisme, notamment les indicateurs en rapport avec :

- les intrants : ressources humaines, matérielles et financières investies ;
- le processus de mise en œuvre des activités: nombre de personnel formé, réunions organisés, supervisions réalisées, MILDA et antipaludiques distribués, TDR réalisés ;
- les résultats du programme à court, moyen et long terme : couvertures, impact des interventions.



**Figure N°1:** Cadre de résultats de suivi/évaluation de la lutte contre le paludisme

## **V. PLAN DU SUIVI/EVALUATION DU PNLB BUDGETISE**

### **5.1. Objectifs**

#### *5.1.1. Objectif général*

Renforcer le système de suivi des performances du programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux;

#### *5.1.2. Objectifs spécifiques*

- Renforcer les capacités des structures en charge de la gestion des données du paludisme
- Rendre disponibles les outils de suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme à tous les niveaux ;
- Renforcer le contrôle qualité et de diffusion de l'information sur le paludisme à tous les niveaux
- Rendre disponible des bases factuelles sur l'information stratégique du paludisme

### **5.2. Interventions pour renforcer le système de suivi/évaluation de lutte contre le paludisme**

- Renforcement des compétences des personnes en charge de la gestion de données de lutte contre le paludisme
- Renforcement des capacités logistiques et matérielles des structures en charge de la gestion de l'information sur le paludisme
- Développement d'outils standardisés pour le suivi et l'évaluation des interventions de lutte
- Amélioration du contrôle de la qualité et de la diffusion de l'information sur le paludisme
- Mise en place d'un système de documentation des bonnes pratiques et des résultats de la recherche sur le paludisme.

### **5.3. Résultats attendus**

- Les capacités des structures en charge de la gestion des données du paludisme sont renforcées
- Les outils de suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme sont disponibles à tous les niveaux;

- Le contrôle qualité et de diffusion de l'information sur le paludisme est renforcé à tous les niveaux
- Des bases factuelles sur l'information stratégique du paludisme sont disponibles

#### **5.4. Mesure des performances du programme paludisme**

##### ***5.4.1. Indicateurs clefs de mesure de la performance du programme de lutte contre le paludisme***

Le suivi/évaluation est en droite ligne avec la planification basée sur les résultats. La mesure des cibles du plan stratégique 2012-2017 se fera à travers des indicateurs clefs d'impact, d'effet, de produits et de processus, conformément au cadre logique de suivi-évaluation et aux indicateurs de suivi des performances du programme en annexe 1.

##### ***5.4.2. Système de Collecte de données du paludisme***

La collecte des données se fera à tous les niveaux dans les différents domaines de lutte contre le paludisme à savoir :

- la prise en charge ;
- la prévention ;
- les interventions à base communautaire.
- le suivi et évaluation y compris la surveillance épidémiologique et entomologique, le suivi de l'efficacité des antipaludiques, des MILDA et la Recherche opérationnelle ;
- la gestion de la lutte contre le paludisme.

##### ***a)- Méthode de collecte de données***

Plusieurs méthodes seront utilisées pour la collecte des données :

- La collecte de routine : elle est souvent passive mais peut être aussi active (monitoring, supervision et réunion) ;
- Les enquêtes et études ;

##### **➤ *Les données de routine***

La Collecte de routine se fera principalement à travers le Système National d'Information sanitaire.

La gestion de certaines informations se fera avec les outils de collecte du SNIS dans toutes les formations sanitaires. Le circuit de l'information respectera les différents niveaux de la pyramide sanitaire avec une définition des responsabilités à chaque niveau.

La collecte de routine, la compilation et l'analyse des données du paludisme se feront de façon mensuelle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Le PNLP mettra en place une base de données pour recueillir chaque mois un extrait de la base nationale de données relatives au paludisme au niveau du SNIS. Il devra aussi mettre en place le logiciel SIGVISION pour la gestion des informations recueillies (Traitement, Requête, Edition des Rapports) jusqu'au niveau décentralisé du district sanitaire.

De plus, les Equipes Cadres de Districts feront mensuellement des visites de supervision en direction des agents des centres de santé et organiseront semestriellement un monitoring.

A l'issue du monitoring, elles organiseront des réunions avec les agents des centres de santé de leurs districts pour faire la synthèse des activités menées pendant le semestre et apprécier le niveau de performance atteint.

Les ECD participeront aussi à la validation des données collectées dans leurs zones d'intervention.

Par ailleurs, les données spécifiques de surveillance épidémiologique et entomologique seront collectées dans les six (6) sites sentinelles existant actuellement. Les données collectées dans ces sites ne peuvent pas être renseignées à travers le SNIS.

Ces informations intègrent les principaux indicateurs de lutte contre le paludisme et seront utilisées pour mettre à jour la base de données existante.

#### ➤ *Les évaluations/enquêtes*

Les enquêtes devront permettre de mesurer les indicateurs de résultats et d'impact liés aux objectifs spécifiques du programme dans le cadre du Plan stratégique 2012-2017. Les indicateurs de performance sont obtenus périodiquement à partir des :

- Etudes spécifiques sur les interventions du programme
- Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS)
- Enquêtes nationales sur les Indicateurs du Paludisme (EIP)

- Enquêtes dans les formations sanitaires
- Recherches opérationnelles et les enquêtes spéciales permettront de suivre les activités de lutte contre le paludisme et aussi de valider les données de routine recueillies. Elles permettront aussi de mesurer le niveau d'adhésion des communautés aux diverses stratégies et d'apprécier les capacités de recherche et le degré de fonctionnement des laboratoires destinés à la réalisation des tests d'efficacité thérapeutique.

Au niveau du PNLP, des mesures seront prises pour promouvoir la recherche opérationnelle en vue de la publication des « meilleures pratiques » de lutte contre le paludisme, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Des sujets de thèse ou de mémoire sur la lutte contre le Paludisme seront attribués à des étudiants en médecine, en sociologie, en analyse biomédicale, en communication, etc.

Ils pourront ainsi, faire de la recherche dans ce cadre et remettre les résultats au PNLP qui pourra les exploiter.

#### ***b)- Sources des données, fréquence de collecte et responsables***

##### **➤ Principales sources des données collectées**

La collecte des données de routine se fait à plusieurs niveaux :

- ***Au niveau communautaire*** : la collecte se fait par les Relais Communautaires. Ils collectent de façon continue les données liées à la mise en œuvre des activités communautaires planifiées dans le cadre de la PECADOM et la sensibilisation.
- ***Au niveau des centres de santé***, les agents de santé feront mensuellement la synthèse des données transmises par les Relais Communautaires de leur aire de santé. Ces données doivent être intégrées au rapport mensuel de leur centre de santé. Ils feront cette synthèse en deux copies dont une sera transmise à leur District sanitaire. Ils garderont la deuxième copie sur eux comme archive. Ils feront aussi la collecte active à travers des supervisions mensuelles en direction des Relais Communautaires pour apprécier la qualité des actes qu'ils posent et aussi la qualité des données collectées.

Les centres de santé privés d'entreprises, confessionnels et privés à but lucratif transmettront aux districts sanitaires également leur rapport d'activité élaborés par les responsables.

- ***Au niveau des districts sanitaires***, les CSE des districts sanitaires, vont saisir mensuellement par formation sanitaire les données transmises par les centres de santé dans le SIGVISION. Ils transmettront par email ou sur CD une copie de la base de données du district à la

Direction Régionale. Une copie électronique est aussi envoyée directement à la DIPE et au PNLP

- ***Au niveau des régions sanitaires***, les CSE des régions vont compiler par districts sanitaire les données transmises dans le SIGVISION. Ils transmettront par email ou sur CD une copie de la base de données de la région à la DPPEIS et au PNLP.

➤ ***Périodicité de collecte des indicateurs du programme***

La fréquence de collecte des données est mentionnée par niveau dans le chapitre précédent. Il est précisé pour chaque indicateur dans le cadre de performance. Globalement, elle est mensuelle pour la majorité des indicateurs avec un cumul annuel.

➤ ***Principaux responsables de la gestion des données***

***Au niveau central***, Le PNLP va rendre plus actif l'équipe élargie de S&E comprenant des partenaires et des représentants des régions et des districts. La principale responsabilité du PNLP sera de superviser la mise en œuvre de la Stratégie nationale de Suivi et Evaluation, de préserver la qualité des données, de générer les indicateurs clés validés permettant de faire des recommandations pour la bonne mise en œuvre du programme.

***Au niveau régional***, chaque Direction Régionale sera chargée de constituer une base de données régionale à partir des bases de données des Districts Sanitaires. Les indicateurs clés de la lutte contre le paludisme seront aussi calculés et utilisés pour la prise de décision.

***Au niveau périphérique***, à la fin de chaque mois, chaque District sanitaire sera chargée de constituer une base de données à partir des données des centres de santé (publics, privés à but lucratif et non lucratif) et du niveau communautaire. Les indicateurs clés de la lutte contre le paludisme seront aussi calculés et utilisés pour le prise de décision.

### *c)- Lieu de stockage des données du programme*

Deux systèmes d'archivage sont utilisés :

✚ L'archivage manuel consiste à ranger les rapports de données et les documents dans une armoire d'archives.

- ✓ Au niveau des aires de santé, l'agent de santé archive les fiches et les rapports d'activités par mois et par relais communautaires.
- ✓ Au niveau des districts, le gestionnaire des données archive les rapports d'activités par mois et par aires de santé.
- ✓ Au niveau des régions, le gestionnaire des données archive les rapports d'activités par mois et par districts sanitaires.
- ✓ Au niveau central, tous les rapports sont compilés dans la base de données du SIG. Ces données permettent l'élaboration du rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS).
- ✓ Des rapports trimestriels et annuels seront élaborés et transmis à la direction de la santé communautaire et de la médecine de proximité.

✚ L'archivage électronique consiste dans un premier temps à saisir toutes les fiches de rapports de données dans une base de données et dans un second temps de procéder à la mise sous CD RW et autres supports amovibles sécurisés. Ce type d'archivage se fait au niveau des services extérieurs (district et région), au niveau central (DPPEIS et PNLP). L'archivage des données se fera de façon périodique après validation de toutes les informations produites.

#### **5.4.3. Contrôle de la qualité des données**

Au niveau de l'aire de santé, le contrôle qualité se fait par l'agent de santé et le superviseur de l'ONG locale.

Au niveau des districts, le contrôle qualité se fait par le gestionnaire et les responsables S&E des ONG communautaires et du secteur privé.

Au niveau des régions, le contrôle qualité se fait par le gestionnaire de données et les responsables S&E des ONG communautaires et du secteur privé.

Au niveau central, le contrôle qualité se fait par la DPPEIS et les responsables suivi évaluation du PNLP, les responsables S&E des ONG communautaires et du secteur privé.

☞ Méthode de contrôle de la qualité des données :

La vérification des données collectées par les relais communautaires sur le terrain se fait en confrontant les informations contenues dans les différents outils de collecte de données. Cette activité mensuelle se fait au niveau de l'aire de santé.

L'outil RDQA sera utilisé et permettra de confronter les données qui ont été transmises au niveau central avec les informations contenues dans les outils primaires. Cet outil constitue un élément d'auto évaluation de chaque niveau. Cette auto évaluation permet de corriger les écarts constatés.

La validation des données permet aux différents acteurs de confronter les données disponibles à différents niveaux de la pyramide du système de santé et de produire une seule information au niveau national. Elle se fera lors des ateliers trimestriels avec les gestionnaires de données des districts et des régions, les équipes de suivi et évaluation du PNLP et des ONG communautaires intervenants dans la lutte et de la DPPEIS.

Le calcul du taux d'erreur (B) se fera en rapportant le nombre (M) de fiches dont les données sont mal saisies au nombre total (N) de fiches contrôlées :  $B = M/N$

Le seuil de validité est de 5%. Autrement dit, lorsque B est supérieur à 5%, la saisie n'est pas validée. L'équipe de supervision demandera alors aux responsables concernés de reprendre la saisie de toutes les fiches du trimestre concerné. La même procédure de contrôle de qualité sera suivie au niveau des DR et du SNIS.

#### **5.4.4. Traitement et analyse des données**

L'analyse des données se fait à chaque niveau du système d'information :

- ✓ Au niveau des aires de santé, les prestataires de soins après compilation des données feront une analyse en vue d'identifier les obstacles à la couverture par les interventions.
- ✓ Au niveau du district et de la région, le gestionnaire de données évaluera la complétude des rapports et des variables, la promptitude des rapports transmis et

l'exactitude des données avant de faire une analyse visant à mesurer le niveau d'atteinte des indicateurs.

- ✓ Au niveau de la DPPEIS et du PNL, on fera une analyse visant à évaluer le niveau de performance du programme.

#### ***5.4.5. Circuit de l'information du PNL***

Le circuit de l'information s'insère dans le cadre institutionnel de suivi et évaluation défini plus bas. Le diagramme ci-dessous montre le circuit formel pour la remontée des informations et de la retro-information. Les données collectées au cours d'un mois par les Relais Communautaires seront transmises sous forme de rapport d'activités au plus tard le 02 du mois suivant aux agents de santé qui, à leur tour, transmettront leurs rapports au District au plus tard le 05 du mois suivant. Les responsables de centre de santé privés à but lucratif ou non devront également transmettre leur rapport au district au plus tard le 05 du mois suivant. Les Médecins Chefs de Districts transmettront leur rapport au plus tard le 10 du mois suivant à la Région. Cette dernière est chargée de transmettre ces rapports au SNIS et au PNL au plus tard le 15 du mois suivant.

#### ***5.4.6. Production de rapports***

Toutes les activités de suivi (supervision, monitoring, réunions de coordination, collecte des données de routine, enquêtes) organisées par chaque niveau de mise en œuvre seront assorties de rapports techniques. Des canevas de rapport technique seront conçus pour chaque niveau de mise en œuvre pour standardiser le contenu de ces rapports. Les recommandations contenues dans chaque rapport feront l'objet de suivi à chaque réunion de coordination.

#### ***5.4.7. Diffusion des données validées du programme***

La dissémination des résultats sur les performances du programme se fera à travers des rapports périodiques, des bulletins trimestriels de retro-information, des conférences débats et la publication dans des revues indexées. Tous les rapports d'activités seront mis sur le site WEB du Ministère de la Santé : rapports techniques, rapports trimestriels et annuels d'activités, bulletins trimestriels de retroinformation du PNL. Ces rapports seront transmis

par courrier en version papier aux partenaires et structures impliquées dans la lutte contre le paludisme. Les réunions mensuelles et trimestrielles de coordination organisées à chaque niveau de mise en œuvre sont des occasions pour diffuser ces bulletins d'information et permettre à l'ensemble des acteurs impliqués de s'informer sur l'état d'avancement des activités. Les réunions du groupe scientifique d'Appui, du CCM, et les autres cadres de concertation avec le MSLS et les autres partenaires constitueront des moments pour partager les expériences obtenues.

Les données seront diffusées dans l'annuaire des statistiques sanitaires nationales, le RASS et le rapport annuel sur la situation du paludisme. Les recherches effectuées au niveau du Ministère de la Santé, par les étudiants et les partenaires, pourront faire l'objet de publication dans des revues internationales. Des présentations de ces résultats de recherche pourraient être faites également à des conférences nationales et internationales.

#### ***5.4.8. Utilisation de l'information du programme***

Le but du système de suivi et évaluation mis en place est l'utilisation des informations pour la prise de décision et une amélioration de l'efficacité des interventions. Les données de suivi et évaluation seront donc utilisées pour quatre actions : (1) plaider pour l'action et la recherche de financements complémentaires, (2) planification, (3) révision et amélioration des interventions, (4) imputations aux programmes des changements intervenus dans la lutte contre le paludisme.

En effet, ces données vont être utilisées pour faire les plaidoyers pour l'action par les Ministères, bailleurs et autres acteurs. En interne, elles permettront au ministère en charge de la Santé, la prise de décision basée sur l'évidence pour l'amélioration des interventions.

En externe, elles permettront aux autres parties prenantes de s'approprier les bonnes pratiques, les leçons apprises et justifier les financements. Des réunions de coordination trimestrielles avec rétro information aux acteurs et aux partenaires seront organisées.

Le tableau 4 décrit le support, la périodicité et le mode de diffusion et d'utilisation de l'information.

**Tableau IV: Plan de diffusion et d'utilisation des données produites par le programme**

Supports	Périodicité	Utilisateurs	Modes de diffusion	Utilisation
<b>Rapports d'activités</b>	Mensuelle	Districts sanitaires (DS), Régions sanitaires (RS), MSLS, PNLP	1- Réunions/revues documentaires 2- Ateliers/séminaires de dissémination 3- Supports papier 4- Bases de données/Sites web 5- Supports magnétiques 6- Courriers	- Réorientation des stratégies, politiques et pratiques
	Trimestrielle	Régions sanitaires, PNLP, MSLS, Fonds Mondial,		- Echanges d'expérience
	Annuelle	Régions sanitaires, PNLP, MSLS, Fonds Mondial, Université, Chercheurs, autres ministères		- Plaidoyer - Mobilisation de ressources - Recherche de financement - Refinancement du projet - Replanification des activités
<b>Rapports d'enquête</b>	Annuelle	DS, RS, MSLS, PNLP, Fonds Mondial, Université, Chercheurs, autres ministères		- Recherche opérationnelle

### 5.5. Budget du plan de suivi/évaluation 2012-2017

La budgétisation des activités du plan de suivi/évaluation 2012-2017 est présentée par intervention et par année (voir les tableaux de 5.5.2.1. à 5.5.2.6. en annexe 3).

Le coût global du Plan S&E pour les quatre années s'élève à 7 851 228 Euro. Il représente 04% du budget global du plan stratégique du PNLP 2012-2017 qui est de **165 763 142 Euros**.

Les coûts totaux des activités de S&E par intervention se présentent comme suit :

**Tableau V:** Récapitulatif du budget du plan de suivi/évaluation par intervention .

INTERVENTIONS	BUDGET EN FCFA	BUDGET EN EUROS
Surveillance de routine	265 541 889	404 816
Surveillance épidémiologique	97 476 522	148 602
Communication régulière de l'information	629 647 877	959 892
Enquête	792 184 182	1 207 677
Supervision et réunion	1 401 359 641	2 136 359
Réunion et supervision_ secteur privé	317 336 254	483 776
Appui à la stratégie du PBF	492 000 548	750 050
Surveillance entomologique	257 613 337	392 729
Surveillance de l'efficacité des médicaments	261 398 865	398 500
Documentation des bonnes pratiques	99 951 448	152 375
DHI2 et secteur privé	152 320 431	232 211
DHI2 et supervision intégrée	206 080 043	314 167
Pharmacovigilance	177 156 931	270 074
<b>TOTAL</b>	<b>5 150 067 965</b>	<b>7 851 228</b>

**Tableau VI:** Récapitulatif du gap du budget du plan de suivi/évaluation par intervention (Euro)

## ANALYSE DES GAPS BUDGET PSE 2012-2017

INTERVENTIONS	ACTIVITES	BUDGET PREVISIONNEL	BUDGET ACQUIS	SOURCE DE FINANCEMENT/ OBSERVATIONS	GAPS	GAP REEL
<b>SUIVI-EVALUATION ET SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE</b>						
<b>SURVEILLANCE DE ROUTINE</b>	Organiser des rencontres trimestrielles de validation des données au niveau des 20 régions sanitaires (y compris les pharmaciens de régions et de district)	400 102	303 221	FM L122	<b>96 881</b>	0
	Former 15 personnes de la DC-PLNP à l'utilisation du logiciel DHIS 2	4 714			<b>4 714</b>	<b>4 714</b>
<b>SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE</b>	Equiper les 12 sites sentinelles de surveillance du paludisme en kits informatiques	37 384	27 112	FM L124	<b>10 272</b>	0
	Organiser une rencontre trimestrielle avec les personnes impliquées dans la surveillance des sites sentinelles	82 964	76 042	FM L125	<b>6 922</b>	0
	Supervision des sites par les responsables des sites au niveau du district	23 680	9 659	FM L126	<b>14 021</b>	0
	Elaborer 200 bulletins semestriels de surveillance épidémiologique	4 573	2 287	FM L127	<b>2 286</b>	0

## ANALYSE DES GAPS BUDGET PSE 2012-2017

INTERVENTIONS	ACTIVITES	BUDGET PREVISIONNEL	BUDGET ACQUIS	SOURCE DE FINANCEMENT/ OBSERVATIONS	GAPS	GAP REEL
<b>Communication régulière de l'information</b>	Apporter un appui à la reproduction des outils de collecte du SIG pour l'ensemble des centres de santé et dans le secteur privé	452 414	363 749	FM L94 &95	<b>88 665</b>	0
	Organiser (1) atelier pour la révision, l'harmonisation et la validation des indicateurs nationaux du secteur communautaire, privé et publique	37 711	7 852	FM L96	<b>29 859</b>	0
	Organiser un atelier de révision du manuel national de gestion des données et le reproduire	10 563			<b>10 563</b>	<b>10 563</b>
	Frais de connexion des 20 régions sanitaires	32 929			<b>32 929</b>	0
	Organiser des supervisions semestrielles et de suivi des activités par le niveau central (DIPE-PNLP)	103 173	143 493	FM L113	- <b>40 320</b>	0
	Organiser des missions de contrôle qualité des données avec la DIPE à l'aide de l'outil RDQA	161 590	141 015	FM L112	<b>20 575</b>	0
	Réaliser des audits externes de performance des interventions (OSDV)	161 511	4 571	FM L98	<b>156 940</b>	0

## ANALYSE DES GAPS BUDGET PSE 2012-2017

INTERVENTIONS	ACTIVITES	BUDGET PREVISIONNEL	BUDGET ACQUIS	SOURCE DE FINANCEMENT/ OBSERVATIONS	GAPS	GAP REEL
<b>Enquête</b>	Réaliser une Enquête sur les Indicateurs du Paludisme et assistance technique	710 713	412 017	FM L414 &142	<b>298 697</b>	0
	Réaliser une Enquête de service sur la prise en charge du paludisme dans le secteur public et privé	263 813	43 905	FM L143	<b>219 908</b>	0
	Réaliser une Enquête Connaissance Aptitude et Pratique	131 906		Pris en compte sur le volet communautaire	-	0
	Mettre en place d'un système de recueil de donné de mortalité dans les hopitaux	101 245			<b>101 245</b>	<b>101 245</b>
<b>Supervision et réunion</b>	Organiser une réunion semestrielle de coordination des activités de lutte contre le Paludisme (TASK FORCE)	282 831	50 182	FM L99	<b>232 649</b>	0
	Organiser des réunions régionales semestrielles de coordination des activités de lutte contre le Paludisme	35 161	24 697	FM L100	<b>10 464</b>	0
	Organiser des réunions départementales semestrielles de validation des données de lutte contre le Paludisme	187 512	137 204	FM L101	<b>50 308</b>	0
	Supervision semestrielle des DR par les acteurs du niveau central y compris les biotechnologistes	181 319	61 932	FM L102	<b>119 387</b>	0

## ANALYSE DES GAPS BUDGET PSE 2012-2017

INTERVENTIONS	ACTIVITES	BUDGET PREVISIONNEL	BUDGET ACQUIS	SOURCE DE FINANCEMENT/ OBSERVATIONS	GAPS	GAP REEL
	Supervision semestrielle des DD par les ERS	72 648	53 967	FM L104	<b>18 681</b>	0
	Supervision semestrielle des prestataires par les ECD	157 510	38 417	FM L105	<b>119 093</b>	0
	Réunion annuelle d'information des prestataires privés sur les stratégies de lutte contre le paludisme	22 867			<b>22 867</b>	0
	Elaborer et diffuser le rapport annuel sur le paludisme	8 512	2 271	FM L107	<b>6 241</b>	0
	Organiser les supervisions mensuelles des ASC (Dotation en forfait carburant pour l'infirmier superviseur)	942 847	393 084	FM L109	<b>549 763</b>	0
	Reproduire les outils de gestion des MILDA et de gestion des données communautaires	245 152	50 042	FM L108 &111	<b>195 110</b>	0
<b>Réunion et supervision_ secteur privé</b>	Appui à la coordination des interventions de lutte contre le paludisme dans le secteur privé	18 294	6 126	FM L43	<b>12 168</b>	0
	Appui à la supervision des cliniques privées	63 234	12 440	FM L43	<b>50 794</b>	
	Appui aux réunions trimestrielles pour la collecte des données	402 248	26 048	FM L44	<b>376 200</b>	0

## ANALYSE DES GAPS BUDGET PSE 2012-2017

INTERVENTIONS	ACTIVITES	BUDGET PREVISIONNEL	BUDGET ACQUIS	SOURCE DE FINANCEMENT/ OBSERVATIONS	GAPS	GAP REEL
<b>Appui à la stratégie du PBF</b>	Contractualisation des resultats avec les acteurs du secteur public: appui à la mise en œuvre du PBF	750 049	3 000 000		<b>- 2 249 951</b>	0
<b>Recherche opérationnelle</b>						
<b>Surveillance entomologique</b>	Réaliser une Etude sur l'efficacité résiduelle des MILDA et la résistance aux insecticides	68 369	176 515	FM L65	<b>- 108 146</b>	0
	Réaliser une évaluation de la transmission vectorielle	193 045	64 348	FM L64	<b>128 697</b>	0
	Réaliser une étude sur la résistance aux insecticides	67 438			-	0
	Mettre à jour la cartographie du risque palu en Côte d'Ivoire	63 876	18 477	FM L66	<b>45 399</b>	0
<b>Surveillance de l'efficacité des médicaments</b>	Réaliser une Etude sur l'efficacité et la tolérance des CTA dans 12 sites sentinelles	243 623	148 912	FM L48	<b>94 711</b>	0
	Réaliser une étude sur les conditions d'utilisation, l'efficacité et la tolérance de la SP	122 435	81 624	FM L49	<b>40 811</b>	0
	Assistance technique internationale (recrutement de consultant et atelier de validation)	32 441	10 628	FM L50 & 51	<b>21 813</b>	0

## ANALYSE DES GAPS BUDGET PSE 2012-2017

INTERVENTIONS	ACTIVITES	BUDGET PREVISIONNEL	BUDGET ACQUIS	SOURCE DE FINANCEMENT/ OBSERVATIONS	GAPS	GAP REEL
<b>Documentation des bonnes pratiques</b>	Developper un cadre d'échange avec les structures de recherche (GSA)	17 151	15 626	FM L136	<b>1 525</b>	0
	Organiser un Colloque scientifique sur le paludisme	50 857	35 383	FM L138	<b>15 474</b>	0
	Voyage d'étude sur la PECADOM	37 228	7 495	FM L139	<b>29 733</b>	0
	Rencontre pour l'élaboration des documents sur les bonnes pratiques	47 138			<b>47 138</b>	<b>47 138</b>
<b>Appui à la mise en œuvre du plan triennal de la DPPEIS</b>						
<b>DHI2 et Secteur privé</b>	Organiser 04 ateliers de configuration de DHIS 2 pour la saisie des rapports d'activité des secteurs Entreprise, Armée, Privé et EPN	54 638			<b>54 638</b>	0
	Organiser 12 ateliers de formation des acteurs de la phase pilote (4), formation des formateurs (4) et la formation des acteurs (4) des différents secteurs	163 913			<b>163 913</b>	0
	Organiser 01 atelier de validation des indicateurs du niveau tertiaire	13 659			<b>13 659</b>	0
<b>DHI2 et supervision intégrée</b>	Organiser 1 atelier pour l'élaboration des descriptifs de postes essentiels au S&E à tous les niveaux sur la base des 12 composantes	13 659			<b>13 659</b>	0

## ANALYSE DES GAPS BUDGET PSE 2012-2017

INTERVENTIONS	ACTIVITES	BUDGET PREVISIONNEL	BUDGET ACQUIS	SOURCE DE FINANCEMENT/ OBSERVATIONS	GAPS	GAP REEL
	Organiser 1 Atelier d'initiation des acteurs du niveau central à la méthodologie de supervision intégrée	13 659			<b>13 659</b>	0
	Organiser 21 ateliers de formation des acteurs de chaque niveau à la méthodologie de supervision intégrée	286 848			<b>286 848</b>	0
<b>Pharmacovigilance</b>	Doter la DPML d'une ligne verte comme centre d'écoute	7 200		A acquérir sur le R8	-	0
	Acquérir un véhicule de type 4x4 pour assurer la mobilité de la DPML	36 816		Véhicule déjà acquis par d'autres partenaires	-	0
	Coaching semestriel des points focaux de pharmacovigilance	63 928	53 266	FM L130	<b>10 662</b>	0
	Organiser des réunions trimestrielles de coordination des activités de pharmacovigilance des antipaludiques	17 151	4 612	FM L131	<b>12 539</b>	0
	Equiper la DPML en outils et documents de gestion des effets indésirables des médicaments	8 037		A acquérir sur le R8	<b>8 037</b>	0
	Former 3 personnes aux cours international en pharmacovigilance par an	36 904	16 534	FM L133	<b>20 370</b>	0

## ANALYSE DES GAPS BUDGET PSE 2012-2017

INTERVENTIONS	ACTIVITES	BUDGET PREVISIONNEL	BUDGET ACQUIS	SOURCE DE FINANCEMENT/ OBSERVATIONS	GAPS	GAP REEL
	Elaborer et reproduire un rapport annuel et trimestriel de notification des effets indésirables	100 037	27 168	FM L134 &135	<b>72 869</b>	0
<b>TOTAL</b>		<b>7 851 219</b>	<b>6 051 920</b>		<b>1 555 939</b>	<b>163 660</b>

## **5.6. Modalités de mise en œuvre du Plan suivi et évaluation**

Le Suivi/Evaluation de la lutte antipaludique en Côte d'Ivoire est basé sur le principe de 3 en 1, à savoir:

- une seule structure de coordination des actions de lutte contre le paludisme dans le pays : le PNLP ;
- un seul plan stratégique de lutte contre le paludisme pour le pays : le plan stratégique quinquennal 2012-2017 du PNLP ;
- un mécanisme national unique de suivi et évaluation : le Plan de suivi/évaluation 2012-2017 du PNLP.

### ***5.6.1. Rôles et responsabilités des parties impliquées dans le suivi/évaluation du programme***

#### ***a)- Sur le plan organisationnel***

Des mécanismes de suivi et évaluation existants dans le secteur de la santé s'appuient en grande partie sur les données du Système National d'Information Sanitaire. En effet, pour orienter et définir une bonne politique de santé, les décideurs, à quelque niveau que ce soit (MS, DR, DS), doivent disposer d'informations fiables sur la situation sanitaire du secteur dont ils ont la charge. Ainsi, le SNIS est identifié comme l'un des outils fondamentaux de la planification, de la coordination et du suivi de la politique de santé du pays.

#### ***b)- Sur le plan du suivi/évaluation***

Le suivi évaluation se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire conformément au diagramme qui retrace l'ossature du système de suivi évaluation avec les différents niveaux d'intervention et les rôles de chacun des acteurs impliqués.

### ***5.6.2. Coordination et partenariat pour la mise en œuvre du plan de S&E***

Les principaux acteurs de la mise en œuvre sont :

- le PNLP pour la coordination stratégique et technique ;
- la Direction de la prospection, de la planification, de l'Evaluation et Information sanitaire (DPPEIS).

- La Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de proximité
- la Direction des Pharmacies et Médicaments pour le contrôle de qualité et la mise en place d'un système de pharmacovigilance ;
- la centrale d'achat (PSP) pour l'approvisionnement des médicaments anti paludiques et consommables (CTA ; SP ; TDR ; Quinine et MILDA) ;
- les structures sanitaires publiques et privées de la pyramide sanitaire, les ONGs et les organisations communautaires de base pour la mise en œuvre des activités ;
- les partenaires techniques et financiers de l'initiative FRP.

La coordination du suivi et évaluation se fera à trois niveaux : national, régional et au niveau district sanitaire.

### ***5.6.3. Révision/Mise à jour du Plan suivi/évaluation du PNLP 2012-2017***

A l'instant des documents normatifs, le Plan de suivi/évaluation est un outil dynamique. Il sera révisé chaque fois que cela est nécessaire en fonction des nouvelles orientations et des priorités intégrées dans le plan stratégique 2012-2017, et ceci sur les bases des nouvelles directives régionales et mondiales.

## **5.7. Facteurs de succès et obstacles dans la mise en œuvre du plan de suivi et évaluation**

Des facteurs internes et externes peuvent influencer la mise en œuvre du plan de suivi/évaluation.

### ***5.7.1. Facteurs de succès***

- Mobilisation effective des ressources complémentaires en vue de combler les gaps identifiés ;
- Opérationnalisation effective des activités définies dans le présent document par le service de suivi/évaluation du PNLP et les autres structures collaboratrices décentralisées en charge du suivi des activités de lutte contre le paludisme;
- Engagement l'équipe du PNLP et des services du ministère de la santé et de la lutte contre le Sida impliqués dans le processus de gestion des données sur le paludisme: les autres services du PNLP, programmes/services du niveau national (notamment la DPPEIS) et

structures du niveau opérationnel (Directions Régionales, Districts Sanitaires, ONG Communautés, etc.) ;

#### ***5.7.1. Obstacles à la mise en œuvre***

- Insuffisance voire absence de mobilisation des financements pour les activités planifiées dans le présent plan de suivi/évaluation du PNLP;
- Décaissement tardifs des ressources entraînant des retard de mise en œuvre ;
- Non disponibilité de ressources humaines qualifiées en nombre pour l'opérationnalisation de certaines activités et pour une bonne gestion des données sur le paludisme à différents niveaux de la pyramide sanitaire;
- Faiblesse des capacités opérationnelles des acteurs au niveau périphérique, notamment l'irrégularité des supervisions à différents niveaux, le non-respect des directives techniques sur la gestion des données dans le cadre du SNIS (mauvaise tenue des outils de collecte et de rapportage des données, non-respect des délais de transmission des rapports).

## **CONCLUSION**

Le plan de suivi et d'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme est un outil d'orientation et de suivi de la performance du programme. Il est utile pour le suivi optimal des interventions pour les structures et les acteurs intervenant à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il permettra d'apprécier les performances non seulement du PNLP, mais également des structures du niveau opérationnel en matière de paludisme.

L'appropriation de ce plan par toutes les parties prenantes constitue le gage de l'atteinte des objectifs stratégiques nationaux en matière de lutte contre le paludisme.

Seul un engagement effectif des parties prenantes à différents niveaux de la pyramide sanitaire et une mobilisation des ressources adéquates permettront de garantir l'atteinte des objectifs fixés du présent Plan de suivi/évaluation du PNLP 2012-2017.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Commission économique pour l'Afrique, Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP-GA), 2002
2. MSLS, Côte d'Ivoire, Evaluation du SIRS 2012
3. MSLS, Côte d'Ivoire, Plan National de Développement sanitaire 2009-2013 ;
4. MSLS/DCPNLP, Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2006-2010 ;
5. MSLS/DCPNLP, Revue de performance du PNLN Côte d'Ivoire, 2011-2012;
6. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Lignes directrices pour la mesure des indicateurs clés utilisés aux fins du suivi et de l'évaluation, le paludisme chez la femme enceinte
7. Organisation Mondiale de la Santé, Rapport Mondial du Paludisme, 2011 ;
8. Roll Back Malaria, Actualisation des objectifs, cibles, jalons et priorités du Plan d'action mondial contre le paludisme (GMAP) au-delà de 2011
9. Roll Back Malaria, Déclaration et Plan d'Abuja 2001-2005 pour Faire Reculer le Paludisme en Afrique, Abuja Nigéria, 25 Avril 2000 ;
10. Roll Back Malaria, Faire Reculer le Paludisme dans la Région africaine: Cadre de mise en œuvre (AFR/RC50/12) ;
11. Roll Back Malaria, Initiative Faire Reculer le Paludisme dans la Région Africaine. Directives de Suivi et Evaluation. OMS. Bureau Régional de l'Afrique Harare 2000
12. Roll Back Malaria Partnership, Plan d'action mondial contre le paludisme : Pour un monde sans paludisme, 2008
13. Roll Back Malaria Partnership : Plan stratégique mondial Faire reculer le paludisme 2005 – 2015, Avril 2005
14. Union Africaine : Lutte contre le paludisme en Afrique : passage du contrôle à l'élimination au plus tard en 2010, 3ème session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine, 19 - 13 avril 2007 Johannesburg, Afrique du Sud ;

# ANNEXES

**a) Définition de concepts de suivi/évaluation**

Le suivi et évaluation vise à améliorer la performance des projets ou programmes selon le domaine concerné. Il fournit aux organisations un outil pour mesurer l'efficacité des interventions afin d'atteindre les résultats et les objectifs de manière efficiente.

Il permet d'analyser la manière dont le programme se comporte et comment les intrants ont été utilisés de façon optimale pour obtenir les résultats.

Le Suivi et évaluation dote les gestionnaires d'un outil pour obtenir des informations à temps sur l'évolution des activités d'un projet ou d'un programme et leur permet de comparer ce qui était prévu à ce qui a été réalisé.

☞ Le suivi

Le suivi est une fonction permanente qui vise essentiellement à fournir aux services de gestion d'un projet/programme en cours et aux parties prenantes, des indications sur les progrès réalisés ou sur leur absence, dans l'atteinte des objectifs du projet. Il est l'examen quotidien des activités en cours d'exécution. C'est donc un processus continu par lequel les responsables et le personnel des projets ou programmes surveillent l'évolution des différentes parties ou étapes et du processus. Le suivi permet aux services de gestion d'identifier et d'évaluer les problèmes potentiels et le succès du projet. Il fournit la base des mesures correctives destinées à améliorer la conception d'un projet, son mode d'exécution et la qualité de ses résultats positifs initiaux.

Le suivi est une activité qui fait partie intégrante de l'exécution et de la gestion du projet. Il vise à répondre, entre autres, aux questions suivantes : le plan de travail et le budget sont-ils suivis ? Existe-t-il une bonne collaboration avec d'autres organisations et les communautés cibles ? Le personnel assume-t-il de manière efficace ses fonctions et responsabilités ? Les activités se déroulent-elles conformément au plan de travail ? Quels sont les problèmes rencontrés ? Certaines hypothèses émises s'avèrent-elles fausses ?

☞ L'évaluation

L'évaluation est un exercice de durée limitée qui vise à apprécier systématiquement et objectivement la pertinence, la performance et le succès des projets en cours ou achevés. C'est l'examen ponctuel des changements dans les résultats poursuivis qui peuvent être attribuables à l'intervention des programmes ou des projets. Elle permet au gestionnaire de déterminer la valeur du projet. Elle pose des questions comme : le projet a-t-il atteint les objectifs fixés ? (Efficacité), les activités ont-elles été réalisées à moindre frais ? (Efficience), quel changement l'activité a-t-elle apporté ? (Impact), les objectifs sont-ils toujours valables ? (Adéquation) les bénéfices d'un programme ont-ils perduré après la cessation du financement des bailleurs de partenaires Techniques et Financiers.

### ☞ Le monitoring

Le monitoring est le suivi périodique des éléments clés de la performance d'un programme/projet, généralement des apports et des résultats, grâce à la tenue des rapports, à des rapports réguliers et à des systèmes de surveillance ainsi que l'observation des centres de santé et des enquêtes auprès des clients. Le monitoring aide les gestionnaires de programmes ou de projets à déterminer quels domaines exigent un plus grand effort et soulèvent des questions qui pourraient contribuer à une meilleure réponse. Dans un système de monitoring et d'évaluation bien conçu, le monitoring participe largement à l'évaluation.

### ☞ La supervision

La supervision est le suivi du personnel dans l'accomplissement de ses gestes pour noter si ces derniers sont conformes aux normes et standards de prise en charge et de prévention en matière de lutte contre le paludisme. La supervision constitue un élément important de coordination qui permet de s'assurer que tout ce que le personnel fait va dans le sens des objectifs fixés et permet d'éviter la dispersion des efforts. Elle permet également d'identifier les difficultés rencontrées par le supervisé et d'y trouver des approches de solutions.

### ☞ Indicateurs de performance du programme national de lutte contre le paludisme

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme plusieurs indicateurs de performance ont été identifiés et sont mesurés par le programme.

Il s'agit des indicateurs d'intrants, de processus, de produits, d'effets et d'impact.

## ***b) Fonctions et organisation d'une unité de suivi/évaluation***

### *☞ Fonctions essentielles d'une unité de suivi/évaluation*

- Collecter et compiler les informations sur le paludisme au niveau pays ;
- Mettre en place et maintenir une base de données dynamique sur le paludisme ;
- Mettre en place et maintenir un lien fonctionnel avec les partenaires essentiels impliqués dans le suivi/évaluation du paludisme, incluant ceux au niveau du ministère de la santé et toute autre structure impliquée dans l'information sanitaire;
- Analyser et interpréter les données du programme pour faire ressortir des résultats en rapport avec les différents indicateurs adoptés;
- Développer et mettre à jour régulièrement le profil pays national sur le paludisme ;
- Elaborer et diffuser des bulletins de retro information, des rapports trimestriels et annuels sur la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme ;
- Développer les capacités en suivi/évaluation pour le niveau périphérique (districts, CSI, société civile) ;
- Fournir les informations nécessaires aux structures de recherches sur le paludisme.

### *☞ Base de données de paludisme*

L'unité de suivi/évaluation dispose une base de données comprenant toutes les données en rapport avec le paludisme générées par les districts, le PNLP, d'autres services du Ministère de la santé, les ONG et autres partenaires. Cette base doit être dynamique et sa mise à jour devra être assurée par le statisticien et le gestionnaire de données.

La base de données paludisme devrait comprendre 2 éléments de gestion de données :

- Supports physiques: comme les rapports des activités de monitoring et de supervision fournis par le PNLP et les partenaires ;
- Supports électroniques: idéalement, la gestion de données se fait à travers une base de données électronique.

### *☞ Locaux et équipements*

Une unité de S&E fonctionnelle devrait avoir un espace de travail adéquat avec des équipements et un système d'archivage des dossiers essentiels, notamment :

- des équipements à type d'ordinateurs de bureau/portable avec connexion Internet;

- une unité informatique pour la base de données avec des logiciels statistiques (EPIDATA, EPI INFO, SPSS, STATA);
- d'autres équipements utiles comprenant des ordinateurs portables, des imprimantes, des photocopieuses, des vidéoprojecteurs, des disques externes, des clés USB, des appareils Fax, une connexion internet etc....
- un espace pour le stockage de la base documentaire (rapports d'activités, résultats de recherches, etc.) et des classeurs dans des étagères avec un archivage bien organisé utilisant des jeux de couleurs pour une identification rapide. Cet archivage est essentiel car il se peut que les données ne soient pas toujours disponibles sous forme électronique.

### ***c) Normes en personnels pour une unité de suivi/évaluation***

#### *☞ Personnels d'une unité de S&E*

Pour un meilleur fonctionnement, le personnel d'une unité suivi/évaluation du PNLP devrait comprendre 1 épidémiologiste (Responsable de l'unité de S&E), 1 Statisticien/Démographe chargé du traitement et de l'analyse des données, 1 Sociologue chargé de l'analyse des données qualitatives et socio anthropologique et 1 gestionnaire de données chargé de la saisie et de la gestion quotidienne de toutes les données (Indicateurs épidémiologiques et logistiques, ressources humaines et matérielles, intrants). Il faut remarquer que seul le sociologue constitue un gap.

#### *☞ Collaboration entre l'unité S&E du PNLP et autres services du ministère de la santé*

L'unité de suivi et évaluation du PNLP travail en étroite collaboration avec la DIPE en ce qui concerne les données de morbidité à travers le SNIS et la centrale d'achat (PSP) pour les données sur les médicaments et les autres intrants du paludisme. Il faut également notée la collaboration avec la DPM à travers le service Prise en Charge du PNLP.

Le PNLP participe également aux réunions trimestrielles de suivi organisées par la direction de la santé communautaire et de la médecine de proximité (DSCMP).

## Annexe N°2 : INDICATEURS DE PERFORMANCE

### 1. Indicateurs d'impact

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE	BUT DE L'INDICATEUR
1.	Incidence du paludisme confirmé (Cas externe et cas hospitalisés)	<b>Numérateur</b> : Nombre de cas de paludisme confirmés notifiés dans les formations sanitaires x 1000 <b>Dénominateur</b> : Population totale dans la zone couverte	SNIS/PNLP	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, Districts Sanitaires	Mesure les tendances du paludisme et le niveau de la transmission
2.	Incidence du paludisme grave (chez les hospitalisés dans les hôpitaux et autres formations sanitaires avec lits)	<b>Numérateur</b> : Nombre de cas de paludisme confirmés notifiés x 10 000 <b>Dénominateur</b> : Population totale dans la zone couverte	SNIS/PNLP	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, Districts Sanitaires	Permet le suivi de l'impact du programme (comme le diagnostic biologique, le traitement) sur la gravité de la maladie
3.	Prévalence du <i>Plasmodium</i> chez les enfants âgés de moins de 5 ans (et dans la population générale)	<b>Numérateur</b> : Nombre de porteurs de <i>Plasmodium</i> confirmés (microscopie) chez les enfants âgés de moins de 5 ans (et dans la population générale) x 1000 <b>Dénominateur</b> : Population totale d'enfants âgés de moins de 5 ans enquêtés	MIS, EDS	Tous les 3 à 5ans	National	Mesure l'intensité du paludisme et le niveau de la transmission dans la population
4.	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois	<b>Numérateur</b> : Enfants de 6 à 59 mois avec un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl) x 100 <b>Dénominateur</b> : Enfants de 6 à 59 mois dont le taux d'hémoglobine a été mesuré lors de l'enquête	MIS, EDS	Tous les 3 à 5ans	National	Mesure l'intensité de l'anémie liée au paludisme chez les enfants

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE	BUT DE L'INDICATEUR
5.	Pourcentage de femmes enceintes chez lesquelles a été décelée une anémie sévère (taux d'hémoglobine < 7 g/dl) au troisième trimestre de la grossesse, en fonction du nombre de gestations.	<b>Numérateur</b> : Nombre de femmes présentant une anémie sévère (taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl) pendant le troisième trimestre de leur première grossesse  <b>Dénominateur</b> : Nombre de femmes enceintes parmi lesquelles a été pratiqué le dépistage de l'anémie pendant le troisième trimestre de leur première grossesse	MIS, EDS	Tous les 3 à 5ans	Nationale	Mesure l'intensité de l'anémie liée au paludisme chez les femmes enceintes
6.	Taux de positivité des tests de paludisme (Microscopie et/ou TDR) chez les patients (externe et hospitalisés)	<b>Numérateur</b> : Nombre de cas de paludisme confirmés x 1000  <b>Dénominateur</b> : Nombre de patients ayant bénéficiés d'un test de diagnostic du paludisme (Microscopie ou TDR)	SNIS/ Enquêtes spéciales dans les structures de santé	Mensuelle Annuelle	National, Régional, District Sanitaire	Reflète les tendances de la morbidité palustre et identifie les zones avec la plus intense transmission de paludisme
7.	Létalité hospitalière attribuable au paludisme	<b>Numérateur</b> : Nombre de décès dû au paludisme chez les hospitalisés ( hôpitaux, autres) x1000  <b>Dénominateur</b> : Nombre de cas de paludisme (grave et simple) dans les structures ciblées	Hôpitaux et/ou autres structures d'hospitalisation, SNIS	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, District	Permet le suivi de l'impact de l'efficacité du traitement sur la prévention des décès liés au paludisme
8.	Incidence des décès liés au paludisme chez les hospitalisés (hôpitaux, autres structures avec lits)	<b>Numérateur</b> : Nombre de décès dû au paludisme (hôpitaux, autres) x100 000  <b>Dénominateur</b> : Population totale dans la zone couverte	Hôpitaux et/ou autres structures avec lits, SNIS	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, District	Permet le suivi de l'impact du programme (comme le diagnostic biologique, efficacité du traitement) sur les décès liés au paludisme

## 2. Indicateurs de résultats

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
<b>Lutte antivectorielle</b>					
9.	Proportion de ménages disposant d'au moins une MILDA	<b>Numérateur</b> Nombre de ménages disposant d'au moins une MILDA x100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total ménages enquêtés	Enquête, MIS EDS	Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
10.	Proportion de ménages disposant d'au moins deux MILDA	<b>Numérateur</b> Nombre de ménages disposant d'au moins deux MILDA x100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de ménages enquêtés	Enquête MIS EDS	Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
11.	Proportion de personnes, tous âges confondus, ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	<b>Numérateur</b> : nombre de personnes, tous âges confondus, ayant dormi sous MILDA dans le ménage la veille de l'enquête <b>Dénominateur</b> : nombre total de personnes ayant dormi dans les ménages la veille de l'enquête	MIS, MICS, EDS, Enquête de couverture	Tous les 3 à 5 ans	National
12.	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	<b>Numérateur</b> : Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA dans les ménages la veille de l'enquête <b>Dénominateur</b> : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi dans les ménages la veille de l'enquête	MIS, MICS, EDS, Enquête de couverture	Tous les 3 à 5 ans	National
13.	Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	<b>Numérateur</b> : Nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA dans les ménages la veille de l'enquête	MIS, MICS, EDS, Enquête de couverture	Tous les 3 à 5 ans	National

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
		<b>Dénominateur</b> : Nombre total de femmes enceintes ayant dormi dans les ménages la veille de l'enquête			
14.	Pourcentage de la population protégée par la PID dans les zones ciblées	<b>Numérateur</b> : Nombre de personnes protégées par la PID <b>Dénominateur</b> : Nombre de personnes dans les zones ciblées par la PID	PNLP (Données de routine)	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, District, localité
<b>B. Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte</b>					
15.	Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de CPN auxquelles est administré un traitement préventif intermittent sous observation directe (deuxième dose, troisième dose, en fonction des lignes directrices nationales).	<b>Numérateur</b> : Nombre de femmes enceintes ayant reçu deux doses de TPI selon les directives nationales <b>Dénominateur</b> : Nombre de femmes enceintes ayant fait une visite prénatale	PNLP (Données de routine)	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, District
16.	Proportion de femmes ayant reçu un TPI pour le paludisme au cours des CPN lors de leur dernière grossesse	<b>Numérateur</b> : Nombre de femmes enquêtées qui ont reçu deux doses de TPI au cours des CPN lors d'une grossesse qui a abouti à une naissance vivante au cours des deux dernières années <b>Dénominateur</b> : Nombre total de femmes mères qui ont eu une naissance durant les deux dernières années	MIS, MICS, EDS	Tous les 3 à 5 ans	National
<b>C. Diagnostic et traitement des cas de paludisme</b>					
17.	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un	<b>Numérateur</b> : Nombre total de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR, GE) x 100	SNIS/PNLP, Enquêtes spéciales	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
	examen parasitologique (TDR ou GE)	<b>Dénominateur</b> : Nombre total de cas suspects de paludisme			
18.	Pourcentage des cas de paludisme vus en consultations externes dans les formations sanitaires publiques et privées ayant bénéficié d'un traitement antipaludique approprié conformément aux directives nationales	<b>Numérateur</b> : Nombre de cas de paludisme ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les formations sanitaires publiques et privées  <b>Dénominateur</b> : Nombre de cas de de paludisme vus et traités dans les formations sanitaires	SNIS/PNLP, Enquêtes spéciales	Mensuelle, Annuelle	National, Régional et District Sanitaire
19.	Pourcentage de cas de paludisme hospitalisés ayant bénéficié d'un traitement approprié conformément aux directives nationales dans les hôpitaux publics et privés	<b>Numérateur</b> : Nombre de cas de paludisme ayant reçu un traitement approprié dans les hôpitaux publics et privés <b>Dénominateur</b> : Nombre de cas de paludisme hospitalisés	SNIS/PNLP, Hôpitaux, Enquêtes spéciales	Mensuelle, Annuelle	National, Régional et District Sanitaire
20.	Proportion d'enfants de moins de <5ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers signes	<b>Numérateur</b> : Nombre d'enfants <5 ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre <b>Dénominateur</b> : Nombre d'enfants <5ans dans les ménages enquêtés ayant eu la fièvre d'origine palustre au cours des deux semaines passées	MICS, MIS, EDS, Enquête spéciale	Tous les 3 à 5 ans	National
21.	Proportion de malades avec paludisme simple ayant reçu un traitement antipaludique approprié au niveau des relais	<b>Numérateur</b> : Nombre de malade avec paludisme simple vu par les relais ayant reçu un traitement antipaludique approprié <b>Dénominateur</b> : Nombre de malades avec paludisme simple reçus par les relais	SNIS/PNLP, Enquête	Mensuelle, Annuelle	Localités avec relais

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
	communautaires selon les directives nationales				
<b>Communication pour le Changement de Comportement</b>					
22.	Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures préventives et le traitement du paludisme	<b>Numérateur</b> : Nombre de personnes (ou groupes cibles) interrogées qui connaissent la cause, les symptômes, les traitements ou les moyens de prévention du paludisme <b>Dénominateur</b> : Nombre total de personnes interrogées	MICS, MIS, EDS, Autres enquêtes ménages	Tous les 3 à 5 ans	National, Régional et District Sanitaire

### 3. Indicateurs de gestion du programme (indicateurs d'intrants et de processus)

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
23.	Nombre d'intrants de lutte contre le paludisme disponible non périmés (CTA, TDR, SP, MILDA, Kit PECADOM) par mois	Nombre d'intrants de lutte contre le paludisme disponible non périmés (CTA, TDR, SP, MILDA, Kit PECADOM) par mois	SNIS/PNLP	Mensuelle	National, Régional, District Sanitaire
24.	Taux de non rupture d'intrants de lutte contre le paludisme (CTA, TDR, SP, MILDA, Kit PECADOM)	<b>Numérateur</b> : Nombre de jours de non rupture de stocks pour les principaux intrants (CTA, TDR, SP, MILDA, Kit PECADOM) pendant la période <b>Dénominateur</b> : Nombre total de jours de la période concernée	SNIS/PNLP	Mensuelle	National, Régional, District Sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
25.	Proportion des formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks de plus d'une semaine dans les principaux intrants (CTA, TDR, SP, MILDA, Kit PECADOM) par mois	<b>Numérateur</b> : Nombre des formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks de plus d'une semaine dans les principaux intrants (CTA, TDR, SP, MILDA, Kit PECADOM) par mois <b>Dénominateur</b> : Nombre de formations sanitaires fournissant des rapports	SNIS/PNLP, Enquêtes spéciales	Mensuelle Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
26.	Proportion de ménages ayant bénéficié de la PID dans les zones ciblées	<b>Numérateur</b> : Nombre de ménages ayant bénéficié de PID selon les directives nationales <b>Dénominateur</b> : Nombre de ménages dans les zones ciblées par la PID	PNLP (Données de routine), Enquêtes spéciales	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, District sanitaire
27.	Total MILDA distribuées en routine pour les enfants <1an	Nombre de MILDA distribuées en PEV de routine pour les enfants < 1 an	Rapport PNLP	Mensuel, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
28.	Total MILDA distribuées en routine pour les femmes enceintes	Nombre de MILDA distribuées en CPN pour les femmes enceintes	Rapport PNLP	Mensuel, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
29.	Total MILDA distribuées pendant la campagne de masse	Nombre de MILDA distribuées pendant la campagne organisée	Rapport PNLP	Mensuel, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
30.	Total traitement CTA fournis en consultation dans le secteur public	Nombre de traitement CTA fournis lors des consultations dans le secteur public	Rapport PNLP	Mensuel, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
31.	Total tests de diagnostic biologique du paludisme (Microscopie, TDR) réalisés dans le secteur public	Nombre de tests de diagnostic du paludisme (microscopie, TDR) réalisés dans le secteur public	Rapport PNLP	Mensuel, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
32.	Total des kits pour la prise en charge des cas de paludisme graves fournis aux enfants < 5 ans	Nombre de Kits pour la prise en charge des cas de paludisme graves fournis aux enfants < 5 ans	Rapport PNL	Mensuel, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
33.	Total des kits pour la prise en charge des cas de paludisme graves fournis aux patients > 5 ans	Nombre de Kits pour la prise en charge des cas de paludisme graves fournis aux patients > 5 ans	Rapport PNL	Mensuel, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
34.	Nombre de prestataires de soins formés sur les stratégies de lutte antipaludiques (Prescripteurs y compris les RC, Labo, LAV, IEC, autres) dans les 82 districts sanitaires	Nombre de prestataires de soins formés sur les stratégies de lutte antipaludiques (Prescripteurs y compris les RC, Labo, LAV, IEC, autres) dans les 82 districts sanitaires	Rapport PNL	Mensuel, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
35.	Complétude des rapports d'activités des formations sanitaires publiques	<b>Numérateur</b> : Nombre de rapports des formations sanitaires reçus <b>Dénominateur</b> : Nombre de rapports attendus de formations sanitaires publiques	SNIS/PNL	Mensuelle, trimestrielle, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
36.	Complétude des rapports d'activités des formations sanitaires privées	<b>Numérateur</b> : Nombre rapports de formations sanitaires reçus <b>Dénominateur</b> : Nombre de rapports attendus de formations sanitaires privées	SNIS/PNL	Mensuelle, trimestrielle, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
37.	Proportion de formations sanitaires publiques fonctionnelles ayant la capacité de faire des diagnostics biologiques du paludisme (microscopie et/ou tests de diagnostic rapide)	<b>Numérateur</b> : Nombre de formations sanitaires publiques fonctionnelles avec des capacités de diagnostic biologique du paludisme  <b>Dénominateur</b> : Total des formations sanitaires publiques fonctionnelles	SNIS/PNLP, Enquêtes spéciales	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
38.	Taux annuel d'exams biologiques (Annual Blood Examination Rate = ABER)	<b>Numérateur</b> : Nombre total de cas suspects de paludisme testés  <b>Dénominateur</b> : Population totale dans la zone couverte	SNIS/PNLP	Annuelle	National, Régional, District sanitaire
39.	Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA) réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole de l'OMS	Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA) réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole de l'OMS	Rapport Structures de recherches/ PNLP	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
40.	Nombre de tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole de l'OMS	Nombre total des tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides réalisés dans les sites sentinelles	Rapport Structures de recherches /PNLP	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
41.	Nombre de prestataires (agents de santé, relais communautaires, gestionnaires de dépôts) supervisés	Nombre de prestataires (agents de santé, relais communautaires, gestionnaires de dépôts) supervisés	Rapport d'activité PNLP et Partenaires	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
42.	Nombre de personnes (femmes enceintes, mères d'enfants, gardiens/gardiennes d'enfants) sensibilisés sur le paludisme	Nombre de personnes (femmes enceintes, mères d'enfants, gardiens/gardiennes d'enfants) sensibilisés sur le paludisme	Rapport d'activité PNLP et Partenaires	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
43.	Nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un signe de danger ou de gravité référés par les GF/équipe RC et qui ont été reçus au niveau des centres de santé	Nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un signe de danger ou de gravité référés par les GF/équipe RC et qui ont été reçus au niveau des centres de santé	Rapport d'activité PNLP et Partenaires	Mensuelle, Annuelle	National, Régional, District Sanitaire
44.	Nombre de spots radio/TV sur le paludisme diffusés au cours de la période ciblée	Nombre total de spots radio et spots TV sur le paludisme diffusés au cours de la période	Rapport PNLP	Mensuelle, Trimestrielle	National (Presse/PNLP)
45.	Nombre de radios de proximité ayant signé des contrats de partenariat dans le cadre de la lutte contre le Paludisme	Nombre de radios de proximité ayant signé des contrats de partenariat dans le cadre de la lutte contre le Paludisme	Rapport PNLP	Mensuelle, Trimestrielle	National (Presse /PNLP)
46.	Nombre de supports IEC produits par type sur la prévention et le traitement du paludisme	Nombre total de types de supports IEC produits sur la prévention et le traitement du paludisme au cours de la période	Rapport presse & PNLP	Mensuelle, Annuelle	National (Presse /PNLP)
47.	Taux d'exécution des activités du plan d'action annuel du PNLP	<b>Numérateur</b> : Total des activités réalisées <b>Dénominateur</b> : Total des activités planifiées	Rapport PNLP	Trimestrielle, Annuelle	National
48.	Taux d'absorption du budget alloué à la lutte contre le paludisme par l'Etat et les partenaires	<b>Numérateur</b> : Total des dépenses effectuées pour la lutte contre le paludisme <b>Dénominateur</b> : Total des financements alloués par l'Etat et les partenaires pour la lutte contre le paludisme	Rapport PNLP	Trimestrielle, Annuelle	National

## Annexe N°3 : MATRICE POUR LE SUIVI DES PROGRES DE LA PERFORMANCE

- Cibles

**Tableau 1: Cibles des indicateurs MILDA**

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
<b>Indicateurs d'effet</b>							
% de la population ayant dormi sous MILDA au cours de la nuit précédente	33%	EDS 2012	33%		80%		80%
% d'enfants âgés de moins de cinq ans ayant dormi sous MILDA au cours de la nuit précédente	37%	EDS 2012	37%		80%		80%
% des femmes enceintes ayant dormi sous MILDA au cours de la nuit précédente	40%	EDS 2012	40%		80%		80%
<b>Indicateurs de résultat</b>							
% de ménages possédant une MILDA pour 2 personnes	42%	EDS 2012	42%		90%		90%
<b>Indicateur de processus</b>							
Nombre de MILDA distribuées en routine aux femmes enceintes en CPN	596 745	SNIS 2013	1 654 570	1 744 391	2 024 619	2 085 763	2 215 985
Nombre de MILDA distribuées en routine aux enfants de moins d'1an en PEV			256834	264266	753649	773244	793349
Nombre de MILDA distribuées à la population au cours de la campagne de masse	1 224 522	Rapport d'activité CARE 2013	1224 522	13 664 777			14 940 570
Proportion de structures de soins sans rupture de stocks en MILDA au cours du dernier trimestre	75%	Rapport d'activité PNL 2013	75%	80%	80%	90%	90%

- Cibles

**Tableau 2 : Cibles des indicateurs PID**

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectifs				
			2013	2014	2015	2016	2017
<b>Indicateur d'effet</b>							
Pourcentage de la population à risque protégée par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent	ND	ND				60%	80%
<b>Indicateur de résultat</b>							
Pourcentage des foyers situés dans les zones cibles ayant fait l'objet de pulvérisations intra domiciliaires d'insecticide à effets rémanents au cours des 12 derniers mois	ND	ND				60%	80%
<b>Indicateur de processus</b>							
Nombre d'habitats traités	ND	ND				AD	AD

- [Cibles](#)

**Tableau 3 : Cibles des indicateurs LAL**

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
<b>Indicateur d'effet</b>							
% de gites larvaires traités par la LAL	ND	ND	0%	0%	0%	60%	80%
<b>Indicateur de processus</b>							
Nombre de gites larvaires traités	ND	ND	0%	0%	0%	60%	80%
% de ménage situés dans les districts stratifiés très sensibles et sensibles ayant réalisé au moins une campagne d'assainissement par trimestre					20%	40%	60%

- [Cibles](#)

**Tableau 4 : Cibles des indicateurs TPI**

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017

<b>Indicateur d'effet</b>							
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de SP en TPI au cours de leur dernière grossesse	20%	EDS 2012	40%	60%	70%	80%	80%
<b>Indicateurs de résultat</b>							
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins une dose de SP en TPI parmi les femmes enceintes vue en CPN 1	48%	SNIS 2013	50%	60%	70%	80%	80%
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de SP en TPI parmi les femmes enceintes vue en CPN 1	41%	SNIS 2013	50%	60%	70%	80%	80%
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de SP en TPI parmi les femmes enceintes vue en CPN 1	ND	ND	ND	10%	15%	20%	30%
<b>Indicateur de processus</b>							
Proportion de structures de soins sans rupture de stocks en SP au cours du trimestre	82%	Rapport PNL 2013	80%	90%	90%	90%	100%

- [Cibles](#)

**Tableau 05 : Cibles des indicateurs TDR/GE**

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
<b>Indicateurs de résultats et de processus</b>							
Proportion de cas suspect de paludisme qui ont été vus par un agent de santé et ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires publiques	69%	Enquête de service	60%	70%	90% dont 7% de GE	95% dont 7% de GE	100% dont 7% de GE
Proportion de cas suspect de paludisme qui ont été vus par un agent de santé et ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires privées	ND	Enquête de service	ND	50%	70%	90%	100%
Proportion de structures de soins privées et publiques sans rupture de stocks en TDR au cours du trimestre	90%	Rapport PNL 2013	90%	90%	90%	90%	100%

- [Cibles](#)

**Tableau 06 : Cibles des indicateurs de la PEC au niveau des Formations sanitaires**

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
<b>Indicateur d'impact</b>							
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, toutes causes confondues, pour 1000 naissances vivantes		EDS 2012					
Incidence annuelle du paludisme dans la population générale (dans les formations sanitaires)	105/1000	SNIS 2013	80/1000	80/1000	70/1000	60/ 1000	50/ 1000
Incidence annuelle du paludisme chez les moins de 5 ans (dans les formations sanitaires)	295/1000	SNIS 2013	200/1000	150/1000	100/1000	80/1000	80/1000
Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois	18%	EDS 2012			15%		10%
Mortalité hospitalière spécifique lié au paludisme	14/100 000	SNIS 2013	8/10 000	10/100 000	8/100000	4/100000	1/100 000
	(1/10 000)						(GMAP)
<b>Indicateurs d'effet</b>							
Proportion de cas de paludisme simple correctement prise en charge dans les formations sanitaires chez les moins de 5 ans	53%	Enquête de service	60%	70%	80%	90%	95%
Proportion de patient hospitalisé pour paludisme dans les formations sanitaires	7/1000	SNIS 2013	8/1000	6/1000	5/1000	4/1000	4/1000
<b>Indicateurs de résultats et de processus</b>							
Proportion de patients souffrant de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires privées	ND	ND	10%	15%	40%	60%	80%
Proportion de cas simples de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires publiques	92%	Rapport PNL 2013	80%	90%	80%	90%	95%
Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires publiques	ND	ND	ND	30%	50%	70%	80%
Proportion de structures de soins sans rupture de stocks en CTA au cours du trimestre	93%	Rapport PNL 2013	90%	90%	90%	90%	100%

- Cibles

**Tableau 07 : Cibles des indicateurs PEC Communautaire**

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
<b>Indicateur d'impact</b>							
Incidence annuelle du paludisme chez les moins de 5 ans dans la communauté	ND	ND	ND	250	200	150	100

<b>Indicateur de résultats</b>							
Proportion de cas de paludisme simple chez les moins de 5 ans prise en charge dans les 24h après l'apparition des premiers symptômes au niveau communautaire		EDS					
<b>Indicateur de processus</b>							
Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant bénéficié de TDR au niveau communautaire dans les zones ciblées	20%	Rapport PNL 2013	40%	50%	60%	70%	80%
Proportion de cas âgés de moins de 5 ans diagnostiqué paludisme simple et ayant reçu les CTA conformément à la politique nationale	53%	Rapport PNL 2013	60%	70%	80%	90%	90%
Proportion d'ASC sans rupture de stocks en CTA au cours du trimestre	ND	ND	ND	60%	70%	80%	90%
Proportion d'ASC sans rupture de stocks en TDR au cours du trimestre	ND	ND	ND	60%	70%	80%	90%

- [Cibles](#)

**Tableau 08 : Cibles des indicateurs Urgences et Catastrophes**

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
<b>Indicateur d'effet</b>							
Proportion des cas suspects de paludisme vu dans les camps de déplacés ayant bénéficié d'un TDR pour la confirmation du diagnostic	ND	ND	ND	%	80%	80%	80%
Proportion des cas confirmé de paludisme vu dans les camps de déplacés ayant bénéficié d'un traitement antipaludique conformément aux directives nationales	ND	ND	%	%	80%	80%	80%
Proportion des populations vues dans les camps de déplacés ayant bénéficié d'une MILDA	ND	ND	%	%	80%	80%	80%

- [Cibles](#)

**Tableau 09 : Cibles des indicateurs IEC/CCC**

Indicateurs			Objectif
-------------	--	--	----------

	Données de Base	Sources et Années de base	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Indicateur d'effet</b>							
% de personnes qui connaissent les causes, les symptômes, les mesures préventives et le traitement du paludisme	55%	Enquête de service	80%	80%	80%	80%	80%
<b>Indicateur de résultats</b>							
% de populations sensibilisées aux mesures préventives du paludisme	NA	Rapport CARE 2013	NA	80%	80%	80%	80%
% de relais communautaires supervisés	57%	Rapport CARE 2013	80%	80%	90%	90%	100%
<b>Indicateur de processus</b>							
Nombre de visites à domiciles réalisées	3708	Rapport CARE 2013	6000	8000	9840	9840	9840
Nombre de causeries débats organisés	5562	Rapport CARE 2013	2000	24000	29520	29520	29520
Nombre de nouveaux relais communautaires formés en IEC CCC	1122	Rapport CARE 2013	1172	0	2460	0	2460
Nombre de radios de proximité qui diffusent des messages sur le paludisme	74	Rapport CARE 2013	Voir CARE	82	82	82	82

- [Cibles](#)

**Tableau 10 : Cibles des indicateurs Interventions communautaires**

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
<b>Indicateur d'effet</b>							
Incidence annuelle du paludisme chez les moins de 5 ans dans la communauté	ND	ND	ND	250	200	150	100
Prévalence parasitaire du paludisme chez les moins de 5 ans	ND	ND	ND	40%	35%	30%	20%
<b>Indicateur de résultats</b>							
Proportion de cas de paludisme simple correctement prise en charge dans les formations sanitaires chez les moins de 5 ans	53%	Enquête de service	60%	70%	80%	90%	95%
<b>Indicateur de processus</b>							
Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et ayant bénéficié de TDR au niveau communautaire dans les zones ciblées	20%	Rapport PNL 2013	40%	50%	60%	70%	80%

Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu de fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludique correct dans la communauté	53%	Rapport PNL 2013	60%	70%	80%	90%	90%
Proportion d'ASC sans rupture de stocks en CTA au cours du trimestre	ND	ND	ND	60%	70%	80%	90%
Proportion d'ASC sans rupture de stocks en TDR au cours du trimestre	ND	ND	ND	60%	70%	80%	90%

- [Cibles](#)

**Tableau 11 : Cibles des indicateurs Gestion du Programme**

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
<b>Indicateur de processus</b>							
Nombre de réunions de coordination centrales (Task Force) organisées	2	Rapport d'activité du PNL 2013	2	100%	100%	100%	100%
Nombre de réunion bimestrielle de coordination avec les partenaires organisées	12	Rapport d'activité du PNL 2013	6	6	6	6	6
Nombre de réunions de coordination trimestrielles régionales organisées	40	Rapport d'activité du PNL 2013	80	100%	100%	100%	100%
Nombre de réunions de coordination trimestrielles des ECD organisées	ND	ND	328	328	328	328	328
Nombre d'activité de monitoring organisé	ND	ND	164	100%	100%	100%	100%

- [Cibles](#)

**Tableau 12 : Cibles des indicateurs de suivi des Ressources Humaines**

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
<b>Indicateur de processus</b>							
Nombre sessions de formation du staff managérial du PNL organisées	10	Rapport d'activité du PNL 2013	10	10	10	10	10
Nombre de conférences internationales, ateliers et échanges d'expériences organisées	8	Rapport d'activité du PNL 2013	8	25	25	25	25

<b>Nombre de sessions de formations des acteurs du niveau régional organisées</b>	ND	ND	10	10	10	10	10
<b>Nombre de sessions de formations des acteurs du niveau opérationnel organisées</b>	ND	ND	20	20	20	20	20

- Cibles

**Tableau 13 : Cibles des indicateurs de suivi des activités**

Indicateurs	Données de Base	Sources et Années de base	Objectif				
			2013	2014	2015	2016	2017
Pourcentage de prestataires formés dans le secteur public Supervisés pendant le trimestre	20%	Rapport PNL P 2013		80%	90%	90%	90%
Pourcentage de prestataires formés dans le secteur privé Supervisés pendant le trimestre	ND	ND		80%	90%	90%	90%
Pourcentage de districts sanitaires soumettant dans les délais leur rapports trimestriels	82	Rapport PNL P 2013		100%	100%	100%	100%
Pourcentage de formations sanitaires publiques n'ayant pas connu de rupture de stock en intrants (MILDA, TDR, ACT et SP)	ND	ND		100%	100%	100%	100%
Pourcentage de formations sanitaires privées n'ayant pas connu de rupture de stock en intrants (MILDA, TDR, ACT et SP)	ND	ND		60%	70%	70%	70%
Pourcentage de prestataires formés dans au niveau supervisés pendant le trimestre	3	Rapport PNL P 2012		100%	100%	100%	100%
Nombre de bulletins trimestriels publiés par an				4	4	4	4
Nombre d'études ou recherches action ou enquêtes réalisées							
Nombre d'ateliers de validation des données au niveau des régions soient réalisées				82	82	82	82

5.5.2.1.

5.5.2.2.

5.5.2.3.

5.5.2.4.

5.5.2.5..

## ANNEXE 4 : LISTE DES PARTICIPANTS DE LA REVISION DU PLAN DE SUIVI/EVALUATION 2012-2015

N°	NOM & PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	CONTACTS TELEPHONIQUES	A DRESSE E-MAIL
01	TANOH Méa Antoine	Directeur Coordonnateur	PNLP	08 65 36 85	tanomeaantoine@yahoo.fr
02	SILUE MAMADOU	Directeur coordonnateur adjoint	PNLP	40 49 99 48	Silue_mamadou3@yahoo.fr
03	KOKRASSET YAH COLETTE	Chargé de la prévention	PNLP	40 49 99 49	Coletteyah@yahoo.fr
04	KONAN Germain	Administrateur santé	UNICEF	04 20 25 34	kgermain@unicef.org
05	NIAMIEN KADJO	Planificateur	MEMPD DGPLP	05 74 05 42	Kniamien@yahoo.fr
06	Emmanuel BISSAGNE	Appui scientifique au PNL	UFR SM SMIT	08 93 92 274	bissagnene@yahoo.fr
07	Dr YESSO Roseline	SASHP	DRS ABIDJAN 1 Gds Ponts	01 32 87 54	dryessoroseline@yahoo.fr
08	OKOU Aristide	Gestionnaire de projet	IRC	07 86 34 19	Aristideserge.okou@rescue.org
10	KADJOMOU Guy Serge	Chef de service action sanitaire	DRS ABIDJAN 2	07 24 39 28	Kateyes10@yahoo.fr
11	OUASSA Timothe	Pharmacien biologiste	CEDRES	02 50 00 78	Timowassa@yahoo.fr
12	DOUGONE Bi Marcelin	Médecin/PEC	PNLP	40 49 99 59	Dougma2007@yahoo.fr
13	ALLOU Yaba Rénée Flore	Pharmacienne	N PSP	02 50 05 35	yabaflore@yahoo.fr
14	ASSOUAN Adjiri Marie Chantal	Pharmacienne	DPM	21 35 73 13 07 45 88 34	m.assouan@yahoo.fr
15	TCHODO MARCEL	Assistant Programme	CECI	04 85 03 01	tchodoj@yahoo.fr
16	VLEHI N'ZI ANNICK ELOI	Chargée de suivi et évaluation	PNLP	40 49 99 47	annickeloi@yahoo.fr

N°	NOM & PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	CONTACTS TELEPHONIQUES	A DRESSE E-MAIL
17	KHARCHI Abderrahmane	Programme paludisme	OMS/IST/WA	S/C OMS	kharchia@who.int
18	COULIBALY ADAMA	Chargé de programme/Point focal paludisme	OMS	05 09 92 07	coulibalya@who.int
19	MIYIGBENA D. Pepin	Conseiller technique du PNLP	MSH - PMI/USAID	41045573	pmiyigbena@msh.org
20	NIANGORAN MELANIE	Pharmacienne/PEC	DPM	02 82 75 87	Niangoranmelanie@yahoo.fr
21	YAPI YEPIE ARMANDE	Pharmacienne	PNLP	40 49 99 57	yyae@yahoo.fr
22	KOFFI ALPHONSINE	Entomologiste	IPR	07 62 08 86	kkoffi_alphonsine@yahoo.fr
23	KADJO KOUADIO FLORENCE	Médecin	PNLP	40 49 99 55	Judyflo5@yahoo.fr
24	BLEU BOMIN Thérèse	Médecin Communicateur	PNLP	40 49 99 60	bleubomin@yahoo.fr
25	KOUASSI T. BRIGITTE	Administrateur des Services Financiers	PNLP	40 49 99 44	kouassibrigitte@gmail.com
26	ABA YAPO THOMAS	Enseignant Chercheur	GSA	07 61 56 32	chefaba@yahoo.fr
27	FEBY COME DONATIEN	Spécialiste en économe de la santé et suivi et évaluation	Personnes ressources	05 19 23 19	Come_feby@yahoo.fr
29	SIAKA Coulibaly	Ingénieur Biologiste	PNLP	40 49 92 83	kabasiaka@yahoo.fr
30	KOMENAN Dionou Lydie	Médecin assistant technique PTME	PNPEC	02 26 92 26	Lydie2005andrew@yahoo.fr
32	SOYA Joseph	Conseiller technique	DGS	03 08 26 36	josephsoya@gmail.com
33	DOSSO Fanta	Chef de service étude de projet et programme	DSCMP/MSLS	05 70 07 30	fantadosso@yahoo.fr
34	KOUAKOU K. Zephirin	C.T S&E	FHi 360	03 33 46 27	zkouakou@fhi360.org

N°	NOM & PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	CONTACTS TELEPHONIQUES	A DRESSE E-MAIL
35	ASSI Serge Brice	Charge de la Recherche	PNLP	40 49 99 46	assisergi@yahoo.fr
36	KOFFI Paul Agenor	Secrétaire Exécutif	CECI	20 21 57 17 05 46 33 33	paulagenor@yahoo.fr
37	MENIN Srado Daniel	Secrétaire permanant	CCM	03 11 17 69 20 22 17 43	mensrado@yahoo.fr
38	KOUADIO BAH IVES	Médecin/prévention	PNLP	40 49 99 54	Kbio72@yahoo.fr
39	KONE Kané N.	Point focal S&E	PNPEC	06 00 30 14	Kone.kane@yahoo.fr
40	KACOU Akoman yves Raoul	Médecin	PNSISE	03 58 58 63	Akoman60@yahoo.fr
41	BAHIBO HANS ISAAC	Médecin/service Suivi - Evaluation	PNLP	42 39 85 70	Hbahibo1972@gmail.com
42	AIMAIN ALEXIS SERGE	Médecin/service Suivi - Evaluation	PNLP	42 39 86 33	serj.alex@yahoo.fr
43	AHOLOUKPE BRUNO	Spécialiste Santé	UNICEF	04 13 84 16	baholoukpe@unicef.org
44	GUESSAN BI GOUZAN BERNARD	MEDECIN	UNICEF	05 06 83 96	bguessan@unicef.org