



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union – Discipline – Travail

MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE ET DE LA MEDECINE DE
PROXIMITE

DIRECTION DE COORDINATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME



PLAN DE SUIVI ET EVALUATION STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

2012-2015

NOVEMBRE 2012

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 2011 le taux d'incidence du paludisme dans la population générale est de *114,54 cas pour 1000* et *389 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 à 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 2012-2015 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*

Professeur N'DRI Yoman Thérèse

SOMMAIRE

PREFACE	2
REMERCIEMENTS	4
SIGLES ET ACRONYMES	6
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	7
INTRODUCTION	8
I. CONTEXTE	9
1.1. DONNEES GEOGRAPHIQUES, ADMINISTRATIVES ET SOCIO ECONOMIQUES.....	9
1.2. ORGANISATION DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE	10
1.3. SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	15
II. ANALYSE DU SYSTEME DE SUIVI/EVALUATION	25
2.1. SYSTEME DE SUIVI/EVALUATION DU SECTEUR DE LA SANTE.....	25
2.2. SYSTEME DE SUIVI/EVALUATION DU PROGRAMME PALUDISME	30
III. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN SUIVI/EVALUATION	34
3.1. JUSTIFICATION DU PLAN SUIVI/EVALUATION DU PROGRAMME PALUDISME	34
3.2. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN SUIVI/EVALUATION 2012-2015.....	34
IV. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION DU PROGRAMME PALUDISME	35
4.1. CONCEPTS ET ORGANISATION GENERALE D'UN SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION.....	35
4.2. OBJECTIFS ET CIBLES DE LA LUTTE ANTIPALUDIQUE AU NIVEAU INTERNATIONAL	38
4.3. CADRE DE SUIVI/EVALUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	41
V. PLAN DU SUIVI/EVALUATION DU PNLP BUDGETISE	44
5.1. OBJECTIFS	44
5.2. INTERVENTIONS POUR RENFORCER LE SYSTEME DE SUIVI/EVALUATION DU PNLP	44
5.3. RESULTATS ATTENDUS	45
5.4. MESURE DES PERFORMANCES DU PROGRAMME PALUDISME.....	45
5.5. PLAN D'ACTION DU SUIVI/EVALUATION BUDGETISE 2012-2015	54
5.6. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN SUIVI ET EVALUATION	57
5.7. FACTEURS DE SUCCES ET OBSTACLES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION.....	59
CONCLUSION	60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXES	Erreur ! Signet non défini.

REMERCIEMENTS

L'équipe d'élaboration de ce document stratégique présente ses sincères remerciements au :

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

Elle exprime également sa gratitude à toutes les personnes ressources pour l'intérêt qu'elles ont accordé à la réalisation de ce document.

Enfin, l'équipe exprime ses remerciements à tous ceux qui ont pris une part active aux séances de validation technique du manuel.

EQUIPE DE RÉDACTION

Le présent Plan de suivi et d'évaluation de la lutte contre le paludisme 2012 – 2015 a été conçu par une équipe pluridisciplinaire composée de :

1. **TANOI MEA ANTOINE**, Directeur Coordonnateur, PNLP
2. **SILUE MAMADOU**, Médecin Coordonnateur Adjoint, PNLP
3. **KOKRASSET YAH COLETTE**, Médecin, chargé prévention, PNLP
4. **BERTHE ABDAMANE**, Coordonnateur Adjoint R8 Malaria, CARE CI
5. **KOUADIO BAH IVES**, Médecin, service prévention, PNLP
6. **PONGATHIE ADAMA SANOGO**, Sous-Directeur, DIPE
7. **KIMOU AYEKOUE FRANCOIS**, Coordonnateur de la Cellule Suivi des Plans Stratégiques, DIPE
8. **TCHODO MARCEL**, Assistant Programme, CECI
9. **DOSSO FANTA**, Chef de service, DSCMP
10. **BLEU THERESE**, Médecin, service communication, PNLP
11. **KONE NAZAHE**, Chargé de suivi et évaluation, ROLPCI
12. **FEBY COME DONATIEN**, Spécialiste en économiste de la santé et suivi et évaluation, PSI
13. **Dr YAPI YEPIE ARMANDE**, Pharmacien, Gestion des approvisionnements, PNLP
14. **KADJO KOUADIO FLORENCE**, Médecin, service recherche, PNLP
15. **VLEHI N'ZI ANNICK ELOI**, Médecin, chargée du suivi et évaluation, PNLP

AVEC L'APPUI TECHNIQUE DE :

16. **Dr COULIBALY ADAMA**, Chargé de programme, OMS

17. **Dr KONAN GERMAIN**, Administrateur santé, UNICEF

18. **Dr ELI JOSOA RAMAMONJISOA**, Chef Section Survie de l'Enfant, UNICEF

19. **Dr AHOLOUKPE Bruno**, Médecin, chargé de suivi évaluation, AT/RBM

SIGLES ET ACRONYMES

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

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure N°1: Pyramide sanitaire de Côte d'Ivoire	13
Figure N°2 Carte des établissements sanitaires publics de référence 2009-2010	14
Figure N°3: Incidence du Paludisme de 2007 à 2010	17
Figure N°4: Répartition des incidences du paludisme par région sanitaire	18
Figure N°5: Evolution du taux de confirmation des cas de paludisme de 2009 à 2012	19
Figure N°6: Evolution des cas suspects de paludisme testés par GE de 2009 à 2011	19
Figure N°7: Circuit de l'information sanitaire	28
Figure N°8: Cadre conceptuel de la lutte contre le paludisme.....	42
Figure N°9: Cadre de suivi évaluation de la lutte contre le paludisme	43
Tableau I: Niveau d'atteinte des indicateurs de lutte contre le paludisme	23
Tableau II: Plan de diffusion et d'utilisation des données produites par le programme	53
Tableau III: Récapitulatif du budget du plan de suivi évaluation par intervention.....	55

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, il s'agit du premier motif de consultation dans les établissements de santé. Selon une analyse situationnelle réalisée en 2010 par le PNLP, le paludisme représentait 43% des motifs de consultation dans les structures sanitaires. Il est 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 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.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique 2006-2010, de « Faire Reculer le Paludisme » plan de seconde génération, un plan de suivi et évaluation a été élaboré en 2008 et a servi de boussole pour le suivi des interventions jusqu'en fin 2010.

Au terme de la mise en œuvre de ce plan stratégique, une évaluation de ce dernier réalisée en 2011 a permis de ressortir les faiblesses liées aux interventions de lutte contre le paludisme en général et particulièrement celles du système d'information sanitaire.

Les orientations stratégiques du nouveau plan stratégique élaboré en juin 2012 découlent des résultats de la revue du plan échu et des recommandations internationales pour la lutte contre le paludisme. Ce plan stratégique 2012-2015 vise *«Une Côte d'Ivoire sans décès dû au paludisme à l'horizon 2015»*.

Le suivi optimal des interventions planifiées dans le cadre de ce plan stratégique de lutte contre le paludisme nécessite la mise en place d'un mécanisme de suivi et d'évaluation. C'est dans ce cadre que le présent plan de suivi et évaluation est proposé afin de se doter d'un outil de mesure de la performance des interventions de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire sur la période 2012-2015.

I. CONTEXTE

1.1. Données géographiques, administratives et socio-économiques

☞ Données géographiques

La Côte d'Ivoire est située en Afrique occidentale et couvre une superficie de 322 462 Km². Le climat est de type tropical humide, avec un climat équatorial humide au sud et un climat tropical de type soudanais au nord. La Côte d'Ivoire dispose de quatre (4) principaux fleuves, à savoir : le Cavally, le Sassandra, le Bandama et la Comoé. Elle dispose également de trois (3) principaux systèmes lagunaires et de nombreuses rivières côtières. Il s'agit des systèmes lagunaires Ebrié, Grand-Lahou, Aby et surtout de la rivière Agnéby et de la Mé. Ces systèmes lagunaires et bassins sont le réceptacle des effluents industriels et du lessivage des sols agricoles et urbains. La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au sud et 900 mm au nord, avec des températures élevées dont la moyenne est de 30°C.

La végétation est très diversifiée, dominée par la forêt guinéenne au sud et la savane soudano-sahélienne au nord.

☞ Données administratives

Depuis octobre 2011, le découpage administratif se présente comme suit :

- 14 districts dont deux (2) districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro)
- Trente et une (31) Régions administratives.

La population de la Côte d'Ivoire est estimée à 23 202 847 habitants en 2012 habitants selon les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) établies sur la base des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998.

Cette population se caractérise par un taux de croissance élevé (2,8% par an) et par une forte proportion de jeunes (43% de la population totale à moins de 15 ans).

Plus de 48% de la population vit en zone urbaine. La Côte d'Ivoire connaît une forte immigration en raison de sa position de carrefour d'échanges économiques et culturels mais aussi du fait de sa situation géographique et historique. ,.

☞ Données socio-économiques

L'économie nationale reste dominée par l'exportation de produits agricoles en particulier le café et le cacao pour lesquels la côte d'Ivoire occupe les premiers rangs au plan mondial.

Cependant, selon le rapport mondial sur le Développement Humain de 2009¹, l'indice de développement humain en Côte d'Ivoire est de 0,484 classant ainsi le pays au 163^{ème} rang sur 182 pays.

La crise militaro-politique qu'a connu le pays en 2002 a non seulement accentué la dégradation des conditions de vie des ménages, mais a aussi la détérioration d'une partie de l'outil de production et entraîné la saturation des services sociaux de base dans le pays. Ce recul de l'activité économique a un impact négatif sur le pouvoir d'achat de la population entraînant un accroissement du taux de pauvreté estimé à 48,9% en 2008.

1.2. Organisation du système national de santé

Le système de santé ivoirien s'est constitué et développé progressivement à partir du dispositif sanitaire hérité de la période coloniale.

L'organisation du système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire (Cf arrêté n°28 du 8 février 2002)².

Le système de santé est dominé par un secteur public plus grand et un secteur privé en plein essor. A côté de ces deux secteurs, la médecine traditionnelle occupe une place relativement importante. Dans le cadre de la politique de décentralisation administrative, les collectivités territoriales interviennent dans la planification sanitaire et l'offre des soins.

Son fonctionnement, en dépit de certains progrès enregistrés (l'organisation et le fonctionnement des Districts sanitaires, le développement du partenariat) lors des décennies passées, reste à parfaire pour satisfaire les besoins des populations, notamment celles des zones rurales et celles des zones périurbaines défavorisées.

L'avènement des conseils généraux dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle politique de décentralisation oriente vers une redistribution des rôles et des missions dans le domaine de la santé. Quant au secteur privé en développement, il devrait dans les années à venir constituer une composante essentielle du dispositif national d'offre de soins. La médecine traditionnelle, quant à elle, est en voie d'organisation dans le sens d'une intégration et d'une complémentarité avec la médecine moderne.

¹ Rapport mondial sur le Développement Humain. PNUD.2009

² PNDS 2009-2013

i. Le secteur sanitaire public

L'offre publique de soins est organisée selon une pyramide sanitaire à trois niveaux.

☞ *Le niveau primaire* est constitué des Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (centres de santé, centres de santé spécialisés, formations sanitaires).

☞ *Le niveau secondaire* est constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (HG, CHR, CHS), tandis que le niveau tertiaire est composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (CHU, INS).

L'administration sanitaire comprend les services centraux et les services extérieurs.

☞ *Les services centraux* sont composés du cabinet du MSHP, des services et directions rattachés et des directions générales et centrales. Ils ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé. Quant aux services extérieurs, ils sont composés de 19 Directions Régionales (DR) et de 83 Directions Départementales (DD) ou Districts sanitaires en 2008. Ils ont pour missions de coordonner l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé.

Il est à noter que d'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires (Défense, Economie et Finances, Emploi et Fonction Publique, Affaires sociales, Education, Intérieur).

ii. Le secteur sanitaire privé à but lucratif et non lucratif

Le secteur sanitaire privé s'est développé progressivement ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines privées de pharmacie et infirmeries privées). En dépit du Décret N° 96 – 878 fixant les conditions d'autorisation et d'immatriculation pour l'installation des professionnels de santé dans le secteur privé complété par l'Arrêté N° 21/MSHP/DGS/DEPS/S-DESPr du 16 juillet 2007 qui crée le cadre du partenariat public – privé, le secteur sanitaire privé s'est développé parfois de manière anarchique. On note une installation de plusieurs établissements sans autorisation préalable. Selon une étude réalisée dans la zone Sud du pays en 2008, sur 1 242 établissements privés recensés, 847 ne possèdent aucune autorisation d'ouverture. La plupart de ces établissements sont des centres de soins infirmiers dont 591 fonctionnent dans l'illégalité sur les 854, soit 69% du total. De plus, certains médecins et infirmiers du secteur public exercent de manière illégale dans le secteur privé.

Par ailleurs, on note une faible collaboration entre le secteur privé et le secteur public et une insuffisance de la réglementation de ce secteur.

Le secteur privé confessionnel, les associations et les organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire. Mais l'absence d'une politique de contractualisation et l'insuffisance organisationnelle des ONG constituent une entrave à l'expansion du secteur associatif.

iii. Santé et sécurité au travail

Selon le décret n°2007-458 du 20 avril 2007, la médecine du travail relève du Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi. A ce titre, il est chargé (i) du Suivi de la santé au travail des fonctionnaires et agents de l'Etat, en liaison avec le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, (ii) de l'élaboration, du suivi et du contrôle de l'application et de la réglementation en matière de médecine du travail, en liaison avec le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, (iii) du renforcement de la protection des travailleurs, notamment ceux atteints de l'infection à VIH/SIDA et du renforcement de la médecine du travail en collaboration avec le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique. Page 36 Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013.

Le Code du Travail et le Code de Prévoyance Sociale donnent la réglementation en santé et sécurité au travail. 42 maladies professionnelles indemnisables ont été identifiées.

iv. La médecine traditionnelle

Le Gouvernement a instauré une collaboration des services publics de santé avec les tradipraticiens à travers le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle. En 2007, plus de 8500 tradithérapeutes (tradipraticiens de santé (TPS)) ont été recensés et regroupés par spécialité. 689 d'entre eux ont été formés à l'anatomie, à l'hygiène conventionnelle ; 60 d'entre eux ont également droit de propriété intellectuelle. Cependant, la médecine traditionnelle souffre de plusieurs faiblesses dans sa structuration. On peut citer (i) l'insuffisance dans les orientations, (ii) l'absence de loi fondamentale et de décret d'application spécifique à la médecine et à la pharmacopée traditionnelles, (iii) la non pertinence des recherches plus individualisées qu'axées sur les besoins de l'ensemble de la population, (iv) l'anarchie dans l'exercice des tradipraticiens, et (v) l'absence d'approche pluridisciplinaire conformément à la stratégie du programme national.

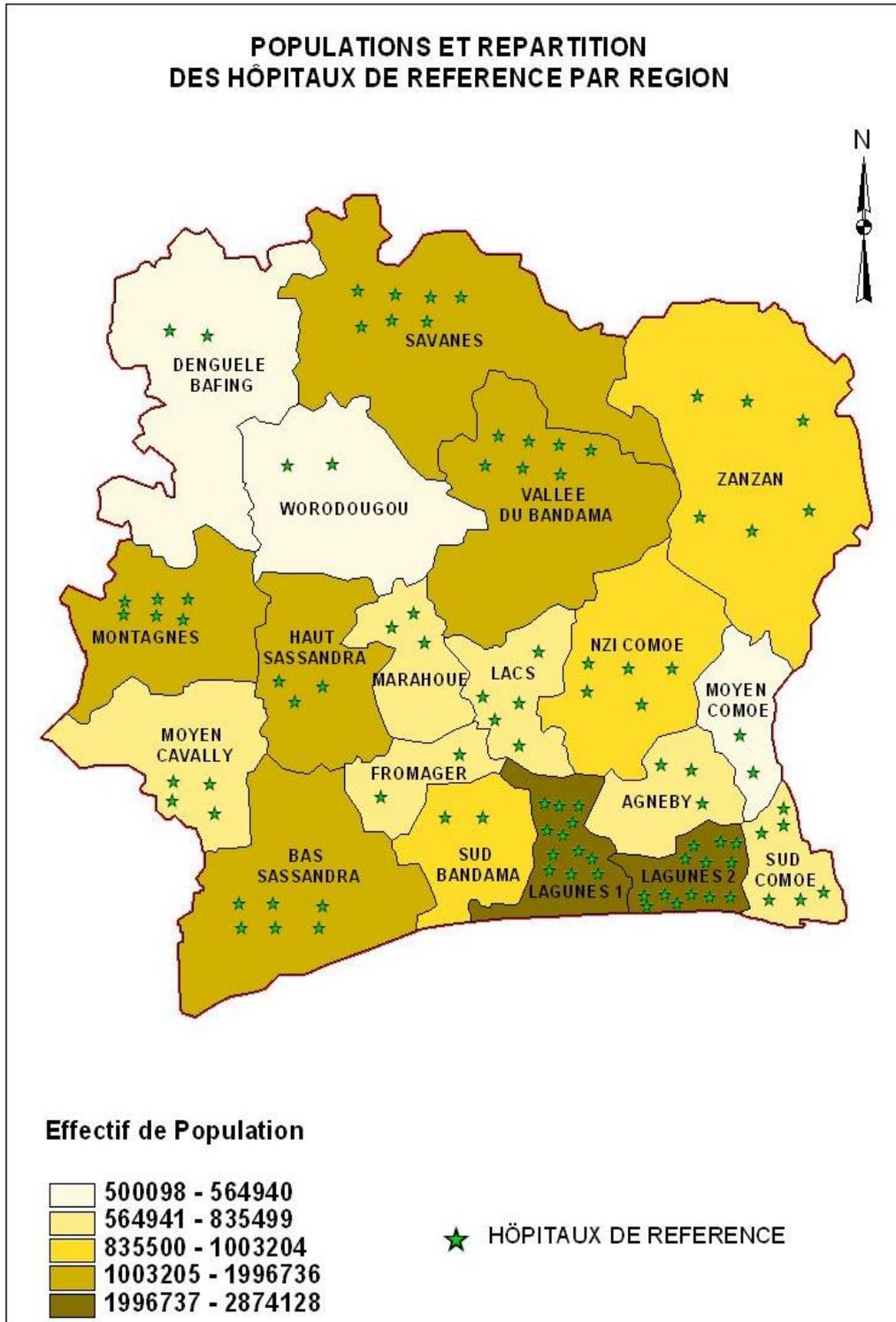


Figure N°2 Carte des établissements sanitaires publics de référence, source DIPE 2009-2010

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 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 adoptée 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 PNLP 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 de la santé communautaire et de la médecine de proximité (DSCMP), assure la coordination des activités des programmes dont le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

Pour la mise en œuvre des activités du programme, 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, FHI, 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

☞ Répartition géographique du paludisme

En Côte d'Ivoire, la transmission du paludisme est stable pour l'ensemble des régions sanitaires du pays avec recrudescences en saisons de pluie.

L'analyse des données de routine montre une morbidité du paludisme élevée dans les régions des lagunes I et II et les régions du Nord et du Sud Est du pays.

☞ Les parasites du paludisme :

Les études entomologiques et parasitologiques³ ont montré que les espèces fréquemment rencontrées en CI sont le plasmodium Falciparum, P. Malariae et P. Ovale dans des proportions respectives de 84%, 14% et 2%.

La prévalence parasitaire globale pour toutes les espèces est d'environ 85%.

³ Profil pays 2009

☞ Les vecteurs du paludisme:

Le paludisme est transmis par trois complexes d'espèces vectorielles : *An. gambiae s.l.*, *An. funestus s.l.* et *An. nili s.l.*. On note un caractère endophage des populations d'*An. gambiae* et d'*An. funestus* en milieu rural. En milieu urbain, *An. 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, *Anophèles gambiae* aux insecticides utilisés pour l'imprégnation des moustiquaires varie selon les insecticides⁴. Ce taux varie de 0,05% à 0,75% : la perméthrine (0,75 %), la deltaméthrine (0,05 %), et l' α -cyperméthrine (0,05%). On note également une résistance aux insecticides utilisés pour la pulvérisation intradomiciliaire tels l'Étofenprox (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 du pays.

☞ Morbidité et mortalité

• Incidences du paludisme

Le taux d'incidence déclarée du paludisme dans la population est passé de 69,25 pour mille en 2006 (RASS) à 94,55 pour mille en 2010 (RASS)

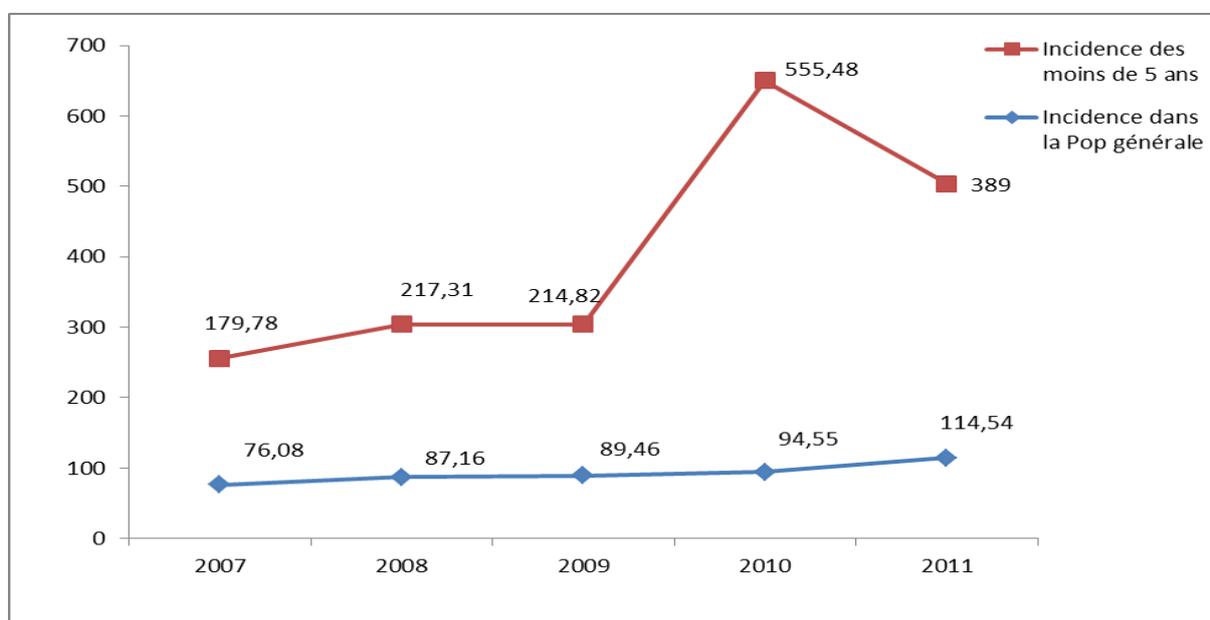


Figure N°3: Incidence du Paludisme dans la population générale et chez les moins de 5 ans, de 2007 à 2010⁵

⁴ Rapport de l'étude sur l'efficacité des MILDA en 2012

⁵ Annuaire statistique DIPE

Par ailleurs, l'analyse situationnelle a relevé une morbidité hospitalière proportionnelle du paludisme à 50% en 2008 et à 43% en 2010.

- Incidences du paludisme par région sanitaire

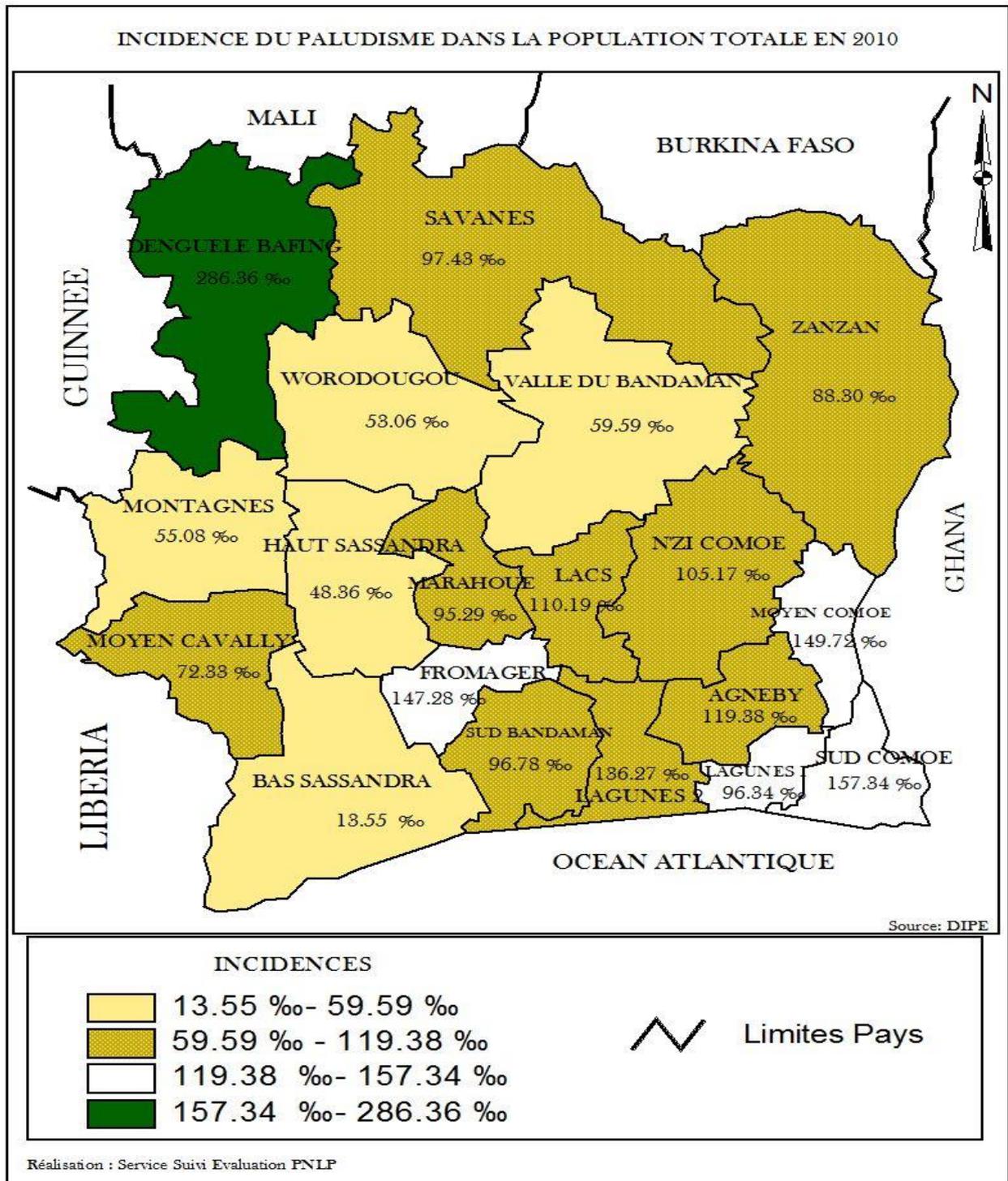


Figure N°4: Répartition des incidences du paludisme par région sanitaire

- **Taux de confirmation biologique du paludisme**

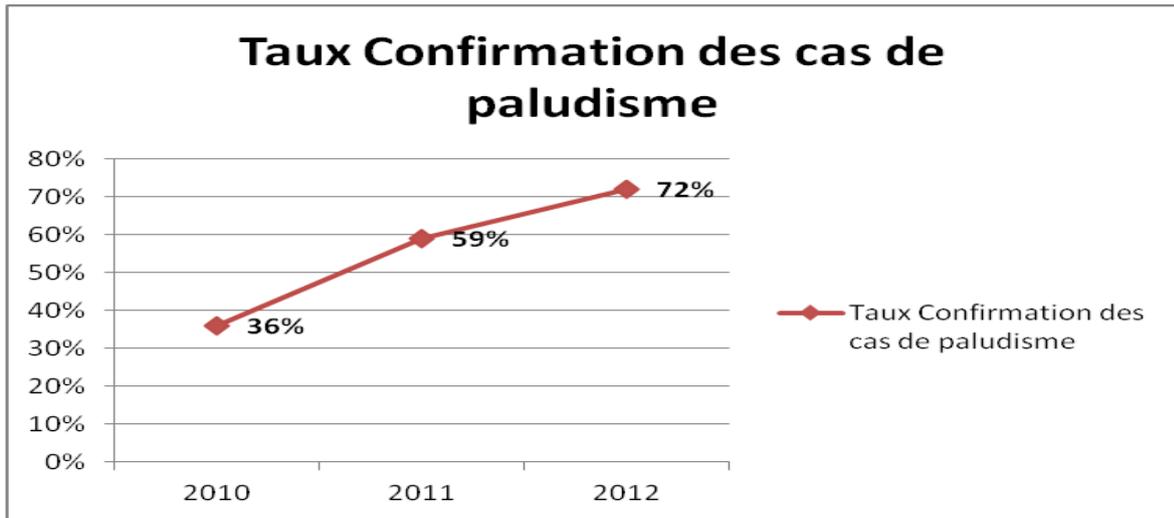


Figure N°5: Evolution du taux de confirmation des cas de paludisme de 2009 à 2012 (Source PNLP)

Le taux de confirmation biologique des cas suspects de paludisme est passée de 36% en 2010 à 72% en 2012

- **Taux de positivité par GE**

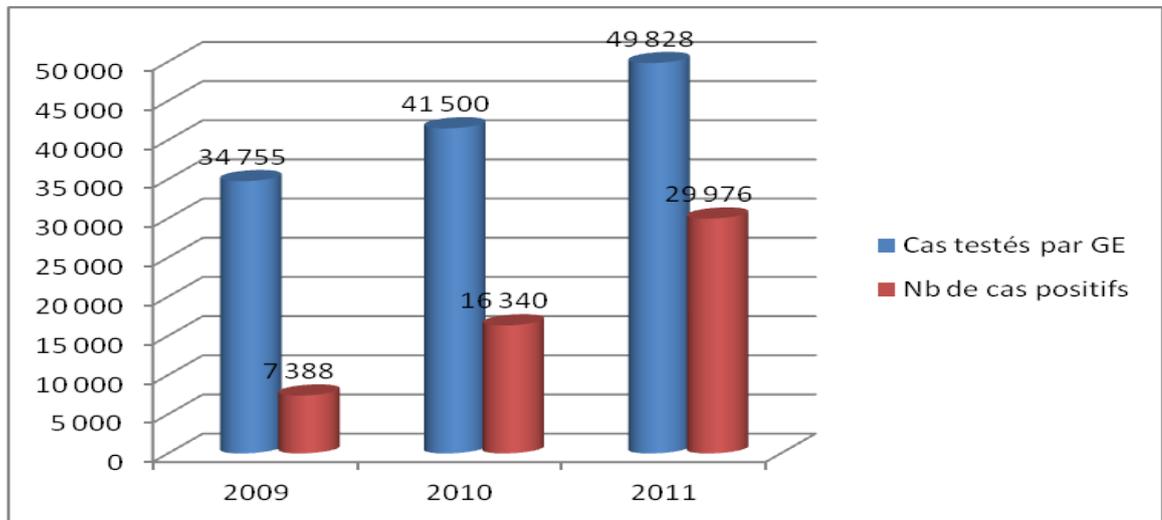


Figure N°6: Evolution des cas suspects de paludisme testés par GE de 2009 à 2011 en Côte d'Ivoire

- **Taux de positivité par TDR**

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 48% au debut de l'année à 59% en Juin 2012.

1.3.4. *Stratégies nationales de lutte contre le paludisme*

☞ But, objectifs et priorités nationales en matière de lutte antipaludique

- **But :**

Le but du Plan Stratégique 2012-2015 est «*Une Côte d'Ivoire sans décès dus au paludisme à l'horizon 2015*». Ce but est d'inscrire la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire dans le cadre du développement durable en vue d'atteindre les objectifs d'Abuja et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

- **Les Objectifs généraux :**

- Réduire la mortalité due au paludisme pour obtenir un chiffre proche de zéro d'ici la fin de 2015
- Réduire de 75 % (par rapport à 2000) le nombre de cas de paludisme d'ici la fin de 2015

- **Les Objectifs stratégiques**

- Renforcer la gestion du programme et accroître le partenariat d'ici la fin de 2015
- Améliorer la gestion de l'approvisionnement des produits de lutte contre le paludisme d'ici la fin de 2015
- Réduire la mortalité due au paludisme pour obtenir un chiffre proche de zéro d'ici la fin de 2015
- Réduire de 75% (par rapport à 2000) le nombre de cas de paludisme d'ici la fin de 2015
- Renforcer le plaidoyer, IEC/CCC et mobilisation sociale
- Améliorer la surveillance épidémiologique le suivi/évaluation et la recherche opérationnelle.

- **Les principaux Axes stratégiques**

- **Axe 1:** Gestion du programme et du partenariat ;
- **Axe 2:** Gestion de l'approvisionnement des produits de lutte contre le paludisme;
- **Axe 3:** Diagnostic et prise en charge des cas de paludisme ;
- **Axe 4:** Prévention du paludisme et lutte contre le vecteur ;
- **Axe 5:** Plaidoyer, information, éducation, communication et mobilisation sociale ;
- **Axe 6:** Surveillance épidémiologique, suivi, évaluation et recherche.

☞ Stratégies majeures de lutte antipaludique

- **Lutte contre les vecteurs**
 - Utilisation des MILDA par les populations
 - Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID)
 - Lutte Anti Larvaire (LAL)
 - Gestion du cadre de vie
- **Prévention du paludisme chez les femmes enceintes**
 - Utilisation des MILDA par les femmes enceintes
 - Dispensation de la Sulfadoxine Pyriméthamine en Traitement Préventif Intermittant
- **Diagnostic et traitement des cas**
 - Diagnostic biologique par la Goutte épaisse (GE) et les Tests de diagnostic Rapide (TDR)
 - Traitement des cas simples confirmés par CTA dans les structures sanitaires et la communauté
 - Traitement des cas de paludisme chez la femme enceinte par la quinine
 - Traitement des cas graves par la quinine injectable ou un dérivé de l'artémisinine injectable dans les structures sanitaires
- **CCC et mobilisation sociale**
 - Sensibilisation de masse à travers les mass média
 - Sensibilisation de proximité à travers les visites à domicile et les causéries de groupes
 - Plaidoyer pour l'implication des leaders d'opinion et des partenaires dans la lutte contre le paludisme
- **Suivi et évaluation**
 - Collecte et gestion des données
 - Conception et mise à jour de la base de données

- Suivi des interventions à travers les réunions de coordination et les supervisions des acteurs à tous les niveaux
- Evaluation périodique de la performance du programme à travers les enquêtes
- **Recherche opérationnelle**
 - Etudes sur l'efficacité résiduelle des MILDA
 - Etude sur l'efficacité des médicaments (CTA et SP)
 - Etude sur la sensibilité des vecteurs aux insecticides
 - Etude sur la transmission vectorielle
 - Etudes entomologiques, environnementales dans le cadre de la lutte anti larvaire (LAL)
- **Gestion du programme et développement du partenariat**
 - Coordination du programme
 - Mobilisation de ressources
 - Plaidoyer auprès des partenaires
 - Organisation de tables rondes

1.3.5. Résultats et progrès de la lutte contre le paludisme

Les principales interventions menées dans le cadre de la lutte contre la paludisme au niveau des services sanitaires et dans la communauté sont les suivantes:

- Distribution de **8 093 000** de MILDA en campagne de masse dans les ménages sur l'ensemble du territoire en 2011-2012 ;
- Distribution de routine de plus d'un million de MILDA par les services de consultations prénatales (CPN) et de vaccination (PEV) de 2009 à 2012 ;
- Dispensation de la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) chez la femme enceinte lors des consultations prénatales;
- Approvisionnement régulier des structures de santé en CTA et TDR pour la prise en charge du paludisme simple;

- La prise en charge des cas de fièvre au niveau de la communauté chez les enfants de moins de 5 ans;
- Environ 4000 prestataires formés dans 65/82 districts
- 162 bio-technologistes de 83 hôpitaux de références formés
- 450 Agents de santé Communautaires (ASC) formés dans 8 districts pour la PECADOM
- Conception et diffusion de boîtes à images sur le paludisme destinées aux acteurs communautaires ;
- Diffusion de messages de sensibilisation sur 74 radios de proximités sous contrat dans les districts;
- Implication d'une ONG par district dans les 83 districts pour la sensibilisation de proximité ;
- Organisation semestrielle de task force avec les acteurs de mise en œuvre et les partenaires pour le renforcement de la coordination et les activités du suivi et évaluation
- Réalisation d'étude sur l'efficacité thérapeutique des CTA, sur l'efficacité résiduelle des MILDA et la résistance des vecteurs aux insecticides dans les sites sentinelles.

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

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

Indicateurs clés	Taux de couverture en 2012	Source
Incidence du paludisme dans la population général en 2011	114, 54 ‰	ASS 2011
Incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans en 2011	389 ‰	ASS 2011
Proportion de décès toutes causes confondues chez les moins de 5 ans	108 ‰	EDS CI III
Taux de couverture en MILDA	68%	EDS CI III

Indicateurs clés	Taux de couverture en 2012	Source
Taux d'utilisation des MILDA chez les femmes enceintes	40%	EDS CI III
Taux d'utilisation des MILDA chez les moins de 5 ans	39%	EDS CI III
Proportion des femmes enceintes ayant reçues deux doses de SP 2 au cours de leur dernière grossesse	17%	EDS CI III
Proportion cas de paludisme simple chez les plus de 5 ans traités selon le protocole national	50%	Rapport d'activité PNLN
Proportion de cas de paludisme simple chez les plus de 5 ans traités selon le protocole national	41%	Rapport d'activité PNLN
Proportion des cas suspects testés par TDR ou GE	72%	Rapport d'activité PNLN
Proportion de structures sanitaires sans rupture de stock en CTA de plus d'une semaine durant les trois derniers mois	61%	Rapport d'activité PNLN
Proportion d'agents de santé supervisés au cours des deux premiers trimestres de l'année	7%	Rapport d'activité PNLN

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 de ce 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 (DPSS) 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 reposant 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 DIPE 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 DIPE 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 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 DIPE 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 DIPE sur support électronique.

- **Le niveau central** : la DIPE 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.

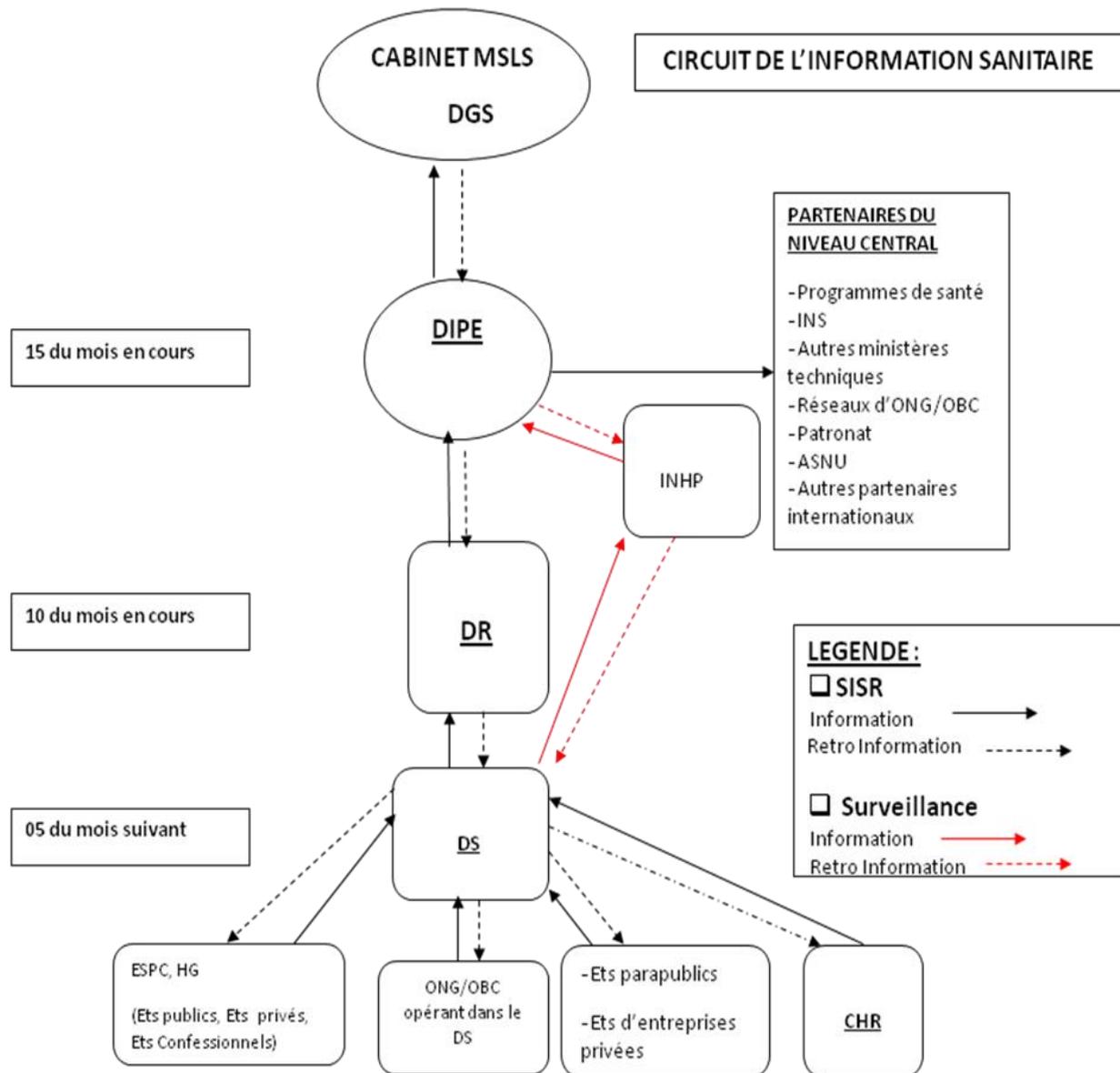


Figure N°7: Circuit de l'information sanitaire

2.1.2 Analyse de la performance du SNIS

Le système d'information sanitaire présente des acquis qui contribuent à une bonne gestion des données :

- ✓ 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) pour la gestion des données ;
- ✓ La diffusion des annuaires des statistiques sanitaires annuelles depuis 2000.

L'évaluation du SNIS menée en 2008 par la DIPE avec l'appui technique de MEASURE/Evaluation-JSI a révélé des faiblesses dans la gestion des données, notamment :

- ✓ L'insuffisance de ressources humaines qualifiées (statisticien, informaticien, planificateur épidémiologiste) pour la gestion des données au niveau opérationnel;
- ✓ L'insuffisance de support de collecte
- ✓ L'insuffisance des ressources financières pour l'acquisition, l'entretien du matériel informatique pour la gestion des données ;
- ✓ La faible intégration des données communautaires et du secteur privé dans le SNIS;
- ✓ La faible qualité des données produites (faible promptitude, complétude et utilisation des données produites)
- ✓ L'insuffisance des supervisions formatives des gestionnaires des données.
- ✓ La faible disponibilité des outils de gestion des données dans les établissements sanitaires et au niveau communautaire ;
- ✓ L'insuffisance de culture de l'information des prestataires ;
- ✓ L'insuffisance de la collecte des données au niveau communautaire ;
- ✓ La faible intégration des données des EPN de Santé et du secteur privé au SIG ;
- ✓ L'insuffisance de personnels formés pour la gestion des données (CSE) au niveau district et surtout au niveau des Directions Régionales de la Santé.
- ✓ Le retard dans la transmission des données au niveau hiérarchique supérieur selon la pyramide sanitaire (non respect des délais de transmission fixés)
- ✓ La faible complétude des données
- ✓ L'insuffisance dans la supervision des activités de collecte et de gestion des données ;
- ✓ L'insuffisance d'analyse et d'utilisation des informations au niveau district et régional ;

- ✓ L'insuffisance de rétro information tant au niveau opérationnel/périphérique que décisionnel/ central;
- ✓ L'insuffisance de sécurité des données (les salles de traitement des données sont peu équipées et peu adaptées, l'archivage des données n'est pas systématique) ;
- ✓ L'absence de stratégie pour la maintenance des équipements informatiques.

Au vu de toutes ces insuffisances, un plan de renforcement du SNIS a été proposé en 2010 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.

D'autres enquêtes d'envergures nationales telles que l'EDS, MICS, EIP qui auraient permis de combler les insuffisances du SNIS en matière de données sanitaires n'ont pu être réalisées régulièrement. A titre d'exemple, après l'EDS II en 1998, c'est seulement en 2012 que l'EDS III a pu être réalisée.

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 et du suivi et de l'évaluation est chargé :

- ✓ 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 PNLP utilise le circuit 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.

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 DIPE 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;
- ✓ le développement d'une application SIGVISION au PNLP;
- ✓ 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 ;
- ✓ le démarrage en 2010 du processus de révision des indicateurs et d'adaptation des outils nationaux de collecte de l'information sanitaire.

☞ 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 ;
- ✓ la faible complétude des données ;
- ✓ 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 de la fiche de suivi des indicateurs du paludisme au niveau des structures sanitaires;
- ✓ 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 ;
- ✓ La non intégration de la fiche de suivi des indicateurs du paludisme dans le SIGVISION ;
- ✓ 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.

☞ Opportunités

- ✓ Existence d'un cadre de concertation intersectorielle avec la DIPE 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.

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 2012-2015 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 2012-2015

Les axes d'interventions identifiés dans le plan stratégique 2012-2015 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 2012-2015 avec l'ensemble des structures techniques du ministère intervenant dans la lutte contre le paludisme et les partenaires de mise en œuvre.

Ce processus s'est déroulé en deux étapes:

☞ 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.

IV. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION DU PROGRAMME PALUDISME

4.1. Concepts et organisation générale d'un système de suivi et évaluation

4.1.1- 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 bénéficiaires 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.

4.1.2 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 doit avoir une base de données comprenant toutes les données en rapport avec le paludisme générées par les districts, le PNLN, 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 PNLN 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.

4.1.3. 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).

4.2. 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.

4.1.2- 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.

4.1.3- 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.

4.1.4- 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. Cadre 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 qui sont:

- Les facteurs environnementaux
- Les facteurs liés au parasite et au vecteur
- La politique de lutte contre le paludisme
- Les facteurs liés à l'individu
- Les affections associées au paludisme
- Le système de santé

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

1 : Cadre conceptuel

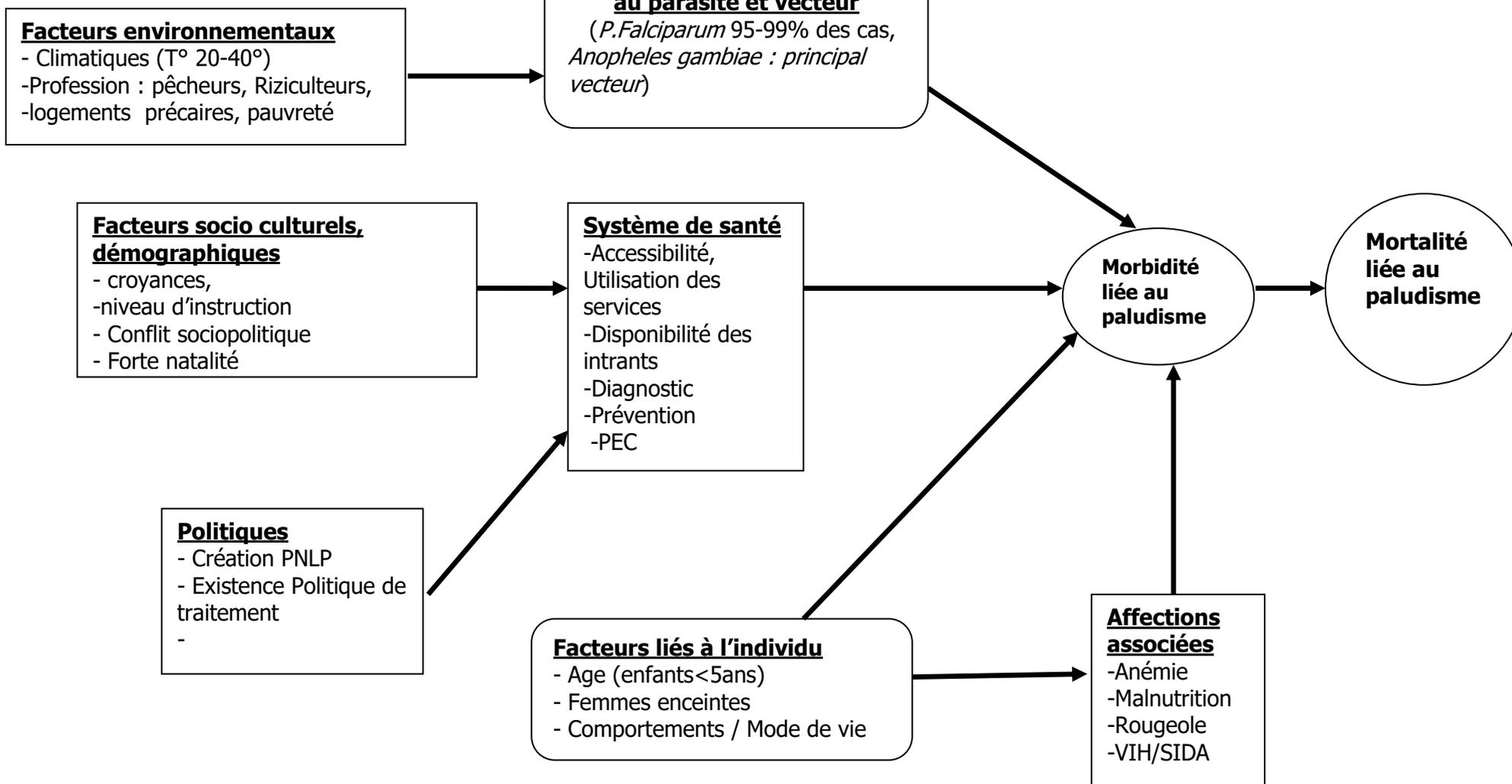


Figure N°8: Cadre conceptuel de la lutte contre le paludisme

4.3.2. Cadre 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.

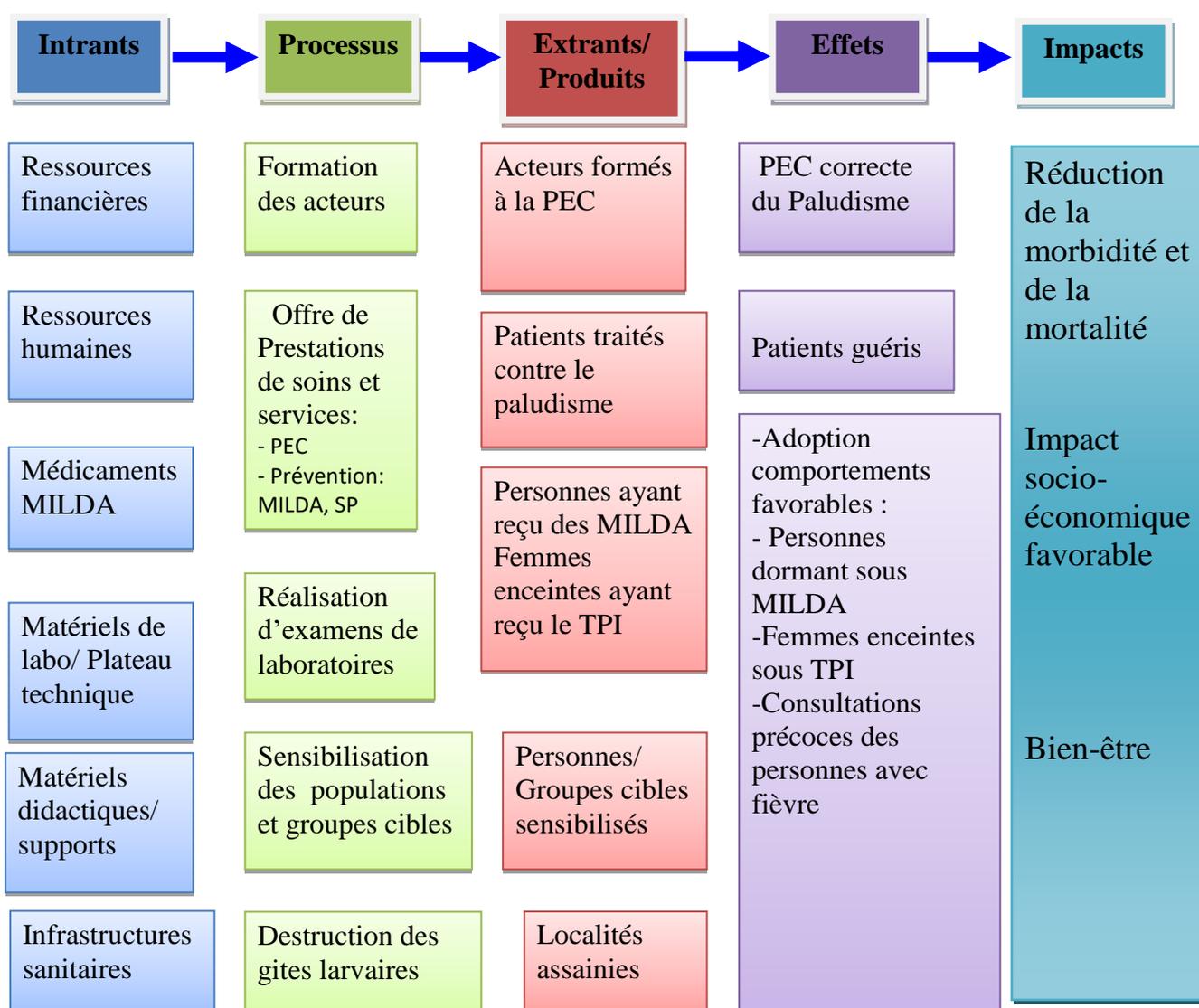


Figure N°9: Cadre de suivi évaluation de la lutte contre le paludisme

V. PLAN DU SUIVI/EVALUATION DU PNLP BUDGETISE

5.1. Objectifs

5.1.1. Objectif général

Améliorer les performances du programme de lutte contre le paludisme à tous les niveaux de 2012 à 2015.

5.1.2. Objectifs spécifiques

- Disposer d'un cadre définissant les procédures de suivi des interventions et des performances des acteurs de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux ;
- Renforcer les capacités des structures impliquées dans la gestion des données du paludisme (ressources humaines et cadre de travail);
- Rendre disponible les outils nécessaires pour la collecte des données et le suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme à tous les niveaux ;
- Mettre en place un système d'assurance qualité des données de paludisme à tous les niveaux ;
- Disposer des bases factuelles sur l'information stratégique du paludisme.

5.2. Interventions pour renforcer le système de suivi/évaluation du PNLP

- Amélioration des compétences des personnels impliqués dans les activités de lutte antipaludique à tous les niveaux pour une harmonisation des méthodes de suivi/évaluation ;
- Renforcement du cadre de travail de l'unité de suivi/évaluation du PNLP et des autres structures impliquées dans la gestion de l'information sur le paludisme ;
- Développement d'outils standardisés pour la collecte de données de paludisme et le suivi de la mise en œuvre des activités à différents niveaux ;
- Mise en place d'un système d'assurance qualité intégrée et d'analyse des données du paludisme ainsi que la diffusion et l'utilisation de l'information par les acteurs, partenaires et décideurs ;
- Constitution de bases factuelles sur les résultats et les progrès du programme.

5.3. Résultats attendus

- Le cadre définissant les procédures de suivi des interventions et des performances des acteurs de la lutte contre le paludisme est mis en place à tous les niveaux;
- Les compétences en suivi/évaluation des personnels impliqués dans la mise en œuvre du programme sont renforcées à tous les niveaux du système de santé ;
- Le cadre de travail des structures impliquées dans la gestion des données du paludisme est renforcé ;
- Les outils pour la collecte de données et le suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme est améliorée à tous les niveaux;
- Un système d'assurance qualité des données de paludisme est mis en place à tous les niveaux
- Des bases factuelles sur l'information stratégique du paludisme sont disponible à tous les niveaux.

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 2012-2015 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 PNLPM 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 2012-2015. 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 PNLN, 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 PNLN 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 DIPE 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 S-E, 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 la 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 (DIPE 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 DIPE 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 DIPE. .

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 DIPE et du PNLP, on fera une analyse visant à évaluer le niveau de performance du programme.

5.4.5. Circuit de l'information du PNLP

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 PNLP 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 II: Plan de diffusion et d'utilisation des données produites par le programme

Supports	Périodicité	Utilisateurs	Modes de diffusion	Utilisation
Rapports d'activités	Mensuelle	Districts sanitaires, Régions sanitaires, 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 - Echanges d'expérience - Plaidoyer - Mobilisation de ressources - Recherche de financement - Refinancement du projet - Replanification des activités
	Trimestrielle	Régions sanitaires, PNLP, MSLS, Fonds Mondial,		- Recherche opérationnelle
	Annuelle	Régions sanitaires, PNLP, MSLS, Fonds Mondial, Université, Chercheurs, autres ministères		
Rapports d'enquête	Annuelle	Districts sanitaires, Régions sanitaires, MSLS, PNLP, Fonds Mondial, Université, Chercheurs, autres ministères		

5.5. Plan d'action du suivi/évaluation budgétisé 2012-2015

La budgétisation des activités du plan suivi/évaluation 2012-2015 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 **10 830 268 Euro** . Il représente **6%** du budget global du plan stratégique du PNLP 2012-2015 qui est de **188 460 834 Euros**.

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

- Renforcement des compétences du personnel impliqué dans le suivi/évaluation des activités du programme: **2 069 823 Euro**, soit **19,11%** du budget du plan S&E 2012-2015 ;
- Amélioration du cadre de travail de l'unité de suivi/évaluation du PNLP et des autres structures impliquées dans la gestion de l'information sur le paludisme: **902 216 Euro**, soit **08,33%** du budget du plan S&E 2012-2015 ;
- Développement d'outils de qualité intégrés pour la collecte des données de paludisme et le suivi de la mise en œuvre des activités : **1 347 894 Euro**, soit **12,45%** du budget du plan S&E 2012-2015 ;
- Développement d'un système d'assurance qualité intégré sur des données de paludisme: **713 878 Euro**, soit **6,59%** du budget du plan S&E 2012-2015 ;
- Documentation des bonnes pratiques et des progrès du programme: **5 796 458 Euro**, soit **53,52%** du budget du plan S&E 2012-2015.

Tableau III: Récapitulatif du budget du plan de suivi évaluation par intervention

INTERVENTIONS	BUDGET PAR ANNEE (CFA)				Montant Total (Euro)	%
	2012	2013	2014	2015		
Renforcement des compétences des personnels impliqués dans le suivi/évaluation des activités de lutte antipaludiques	170 558	585 843	629 270	684 152	2 069 823	19,11%
Amélioration du cadre de travail des équipes du PNLN et des autres structures impliquées dans le système de suivi/évaluation à travers la fourniture d'équipements et matériels nécessaires	368 438	216083,7642	152 055	165 638	902 216	8,33%
Développement d'outils de qualité pour la collecte des données de paludisme et le suivi de la mise en œuvre des activités	316 045	347 572	342 138	342 138	1 347 894	12,45%
Développement d'un système d'assurance qualité des données de paludisme	108 181	201 899	201 899	201 899	713 878	6,59%
Mesure des progrès du programme et documentation des bonnes pratiques pour constituer des bases factuelles	212 658	2 090 607	1 343 069	2 150 124	5 796 458	53,52%
Total Récapitulatif Interventions 1 à 5 (Euros)	1 175 880	3 442 005	2 668 431	3 543 951	10 830 268	100,00%

Tableau IV: Récapitulatif du gap du budget du plan de suivi évaluation par intervention

INTERVENTIONS	Besoin Total	Ressources Disponibles	Gap
Renforcement des compétences des personnels impliqués dans le suivi/évaluation des activités de lutte antipaludiques	2 069 823	1 363 240	706 583
Amélioration du cadre de travail des équipes du PNLP et des autres structures impliquées dans le système de suivi/évaluation à travers la fourniture d'équipements et matériels nécessaires	902 216	724948,7063	177 267
Développement d'outils de qualité pour la collecte des données de paludisme et le suivi de la mise en œuvre des activités	1 347 894	985 686	362 208
Développement d'un système d'assurance qualité des données de paludisme	713 878	0	713 878
Mesure des progrès du programme et documentation des bonnes pratiques pour constituer des bases factuelles	5 796 458	2 901 565	2 894 892
Total Récapitulatif Interventions 1 à 5 (Euros)	10 830 268	5 975 440	4 854 827

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 2012-2015 du PNLP ;
- un mécanisme national unique de suivi et évaluation : le Plan de suivi/évaluation 2012-2015 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 suivi-évaluation

Les principaux acteurs de la mise en œuvre sont :

- le PNLP pour la coordination stratégique et technique ;
- la Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation (DIPE).
- 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 2012-2015

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 2012-2015, et ceci sur les bases des nouvelles directives régionales et mondiales.

Toute révision ou mise à jour du présent plan se fera en collaboration avec les acteurs et partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire, notamment lors de l'évaluation à mi-parcours en 2013 et de la revue du plan stratégique en 2015.

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 par 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 gestionnaire des données sur le paludisme: autres services du PNLP, programmes/services du niveau national (notamment la DIPE) 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 disponibles entraînant des retard de mise en œuvre ;
- Non disponibilité de ressources humaines qualifiées en nombre pour le suivi de la mise en œuvre des activités et de la gestion des données de 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 en matière de lutte contre le paludisme est un outil d'orientation et de repère pour les structures et les acteurs intervenant à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Son utilité pourrait s'observer sur deux plans : l'harmonisation des visions sur le cadre de suivi évaluation et la création d'une synergie nationale pour apprécier les performances du PNLP conformément au plan de suivi évaluation. L'adhésion aux différents mécanismes développés et leur appropriation permettront de :

- capitaliser toutes les expériences,
- rationaliser les actions à mener et les ressources,
- promouvoir une méthodologie basée sur le partenariat renforcé et la réduction des coûts,
- tendre vers l'efficacité et l'efficience dans toutes les actions menées au niveau national.

Le succès de la mise en œuvre de ce document dépendra de la volonté de chacun des acteurs à en faire une préoccupation quotidienne. A ce titre, les différents responsables de la pyramide socio sanitaire et les partenaires du PNLP devront se l'approprier et travailler à sa mise en œuvre.

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 2012-2015.

Annexe N°1 : INDICATEURS DE PERFORMANCE

1. Indicateurs d'impact

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
1.	Incidence annuelle du paludisme dans les formations sanitaires (présumé, confirmé)	Numérateur : Nombre de cas de paludisme notifiés dans les formations sanitaires x 1000 Dénominateur: Population totale dans la zone couverte	SNIS/PNLP	Annuelle	National, Régional et Districts Sanitaires
2.	Incidence annuelle du paludisme confirmé (dans les formations sanitaires et communauté)	Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés notifiés x 1000 Dénominateur: Population totale dans la zone couverte	SNIS/PNLP	Annuelle	National, Régional et Districts Sanitaires
3.	Prévalence du <i>Plasmodium</i> chez les enfants âgés de moins de 5 ans (et dans la population générale)	Numérateur : 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 Dénominateur: Population totale d'enfants âgés de moins de 5 ans enquêtés	MIS, EDS	Tous les 3 à 5ans	National
4.	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois	Numérateur : Enfants de 6 à 59 mois avec un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl) x 100 Dénominateur: 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
5.	Pourcentage de femmes enceintes chez lesquelles a été décelée une anémie	Numérateur : Nombre de femmes présentant une anémie sévère (taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl) pendant le troisième trimestre de leur	MIS, EDS	Tous les 3 à 5ans	Nationale

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
	sévère (taux d'hémoglobine < 7 g/dl) au troisième trimestre de la grossesse, en fonction du nombre de gestations.	première grossesse Dénominateur: Nombre de femmes enceintes parmi lesquelles a été pratiqué le dépistage de l'anémie pendant le troisième trimestre de leur première grossesse			
6.	Taux de positivité (GE/TDR) au niveau des formations sanitaires et de la communauté	Numérateur : Nombre de lames ou tests de diagnostic rapide positifs x 100 Dénominateur: Nombre de GE et TDR réalisés	SNIS/Enquêtes spéciales dans les structures de santé	Mensuelle Annuelle	National, Régional et District Sanitaire
7.	Létalité hospitalière attribuable au paludisme et par an	Numérateur : Nombre de décès dû au paludisme dans les hôpitaux x1000 Dénominateur : Nombre de cas de paludisme (grave et simple) dans les hôpitaux ciblés	Hôpitaux/ SNIS	Annuelle	National, Régional, Hôpitaux

2. Indicateurs de résultats

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

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
		enceintes ayant dormi dans les ménages la veille de l'enquête			
13.	Proportion de ménages ayant bénéficié de la PID dans les zones ciblées	Numérateur : Nombre de ménages ayant bénéficié de PID selon les directives nationales Dénominateur : Nombre de ménages dans les zones ciblées par la PID	PNLP (Données de routine)	Annuelle	National
14.	Pourcentage de la population protégée par la PID dans les zones ciblées	Numérateur : Nombre de personnes protégées par la PID Dénominateur : Nombre de personnes ciblées par la PID	PNLP (Données de routine)	Annuelle	National
B. Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte dans les zones de forte transmission					
15.	Pourcentage de femmes enceintes auxquelles est administré un traitement préventif intermittent sous observation directe (deuxième dose, troisième dose, en fonction des lignes directrices nationales).	Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant reçu deux doses de TPI selon les directives nationales Dénominateur : Nombre de femmes enceintes ayant fait au moins une visite prénatale au cours d'une année	MIS, MICS, EDS	Tous les 3 à 5 ans	National
C. Diagnostic et traitement des cas de paludisme					
16.	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR ou GE)	Numérateur : Nombre total de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR, GE) Dénominateur : Nombre total de cas suspects de paludisme	SNIS/PNLP	Annuelle	National, Régional et District Sanitaire
17.	Pourcentage des cas de paludisme vus en consultations externes dans les formations sanitaires publiques et privées ayant	Numérateur : Nombre de cas de paludisme ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les formations sanitaires publiques et privées	SNIS/PNLP, Enquêtes spéciales	Annuelle	National, Régional et District Sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
	bénéficié d'un traitement antipaludique approprié conformément aux directives nationales	Dénominateur : Nombre de cas de de paludisme vus et traités dans les formations sanitaires			
18.	Pourcentage de cas de paludisme hospitalisés ayant bénéficié d'un traitement approprié conformément aux directives nationales dans les hôpitaux publics et privés	Numérateur : Nombre de cas de paludisme ayant reçu un traitement approprié dans les hôpitaux publics et privés Dénominateur : Nombre de cas de paludisme hospitalisés	SNIS/PNLP, Hôpitaux, Enquêtes spéciales	Annuelle	National, Régional et District Sanitaire
19.	Proportion d'enfants de moins de <5ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers signes	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre Dénominateur : Nombre de malades de moins de cinq ans 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
20.	Proportion de malades avec paludisme simple ayant reçu un traitement antipaludique approprié au niveau des relais communautaires selon les directives nationales	Numérateur : Nombre de malade avec paludisme simple vu par les relais ayant reçu un traitement antipaludique approprié Dénominateur : Nombre de malades avec paludisme simple reçus par les relais	Enquête	Tous les ans	Localités avec relais
Communication pour le Changement de Comportement					
21.	Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures préventives et le traitement du paludisme	Numérateur : Nombre de personnes (ou groupes cibles) interrogées qui connaissent la cause, les symptômes, les traitements ou les moyens de prévention du paludisme Dénominateur : 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
22.	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 et District Sanitaire
23.	Taux de non rupture d'intrants de lutte contre le paludisme (CTA, TDR, SP, MILDA, Kit PECADOM)	Numérateur : Nombre de jours de non rupture de stocks pour les principaux intrants (CTA, TDR, SP, MILDA, Kit PECADOM) pendant la période Dénominateur : Nombre total de jours de la période concernée	SNIS/PNLP,	Mensuelle	National, Régional et District Sanitaire
24.	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	Numérateur : 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 Dénominateur : Nombre de formations sanitaires fournissant des rapports	SNIS/PNLP, Enquêtes spéciales	Mensuelle Annuelle	National, Régional et District Sanitaire
25.	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 PNLP	Annuelle	National, Régional et District Sanitaire
26.	Complétude des rapports d'activités des formations sanitaires publiques	Numérateur : Nombre de rapports des formations sanitaires reçus Dénominateur : Nombre de rapports attendus de formations sanitaires publiques	SNIS/PNLP	Mensuelle, trimestrielle	National, Régional et District Sanitaire
27.	Complétude des rapports	Numérateur : Nombre rapports de	SNIS/PNLP	Mensuelle,	National, Régional et

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
	d'activités des formations sanitaires privées	formations sanitaires reçus Dénominateur : Nombre de rapports attendus de formations sanitaires privées		trimestrielle	District Sanitaire
28.	Établissements de soins ayant la capacité de faire des diagnostics par microscopies et/ou des tests de diagnostic rapide	Nombre et pourcentage d'établissements de soins ayant la capacité de faire des diagnostics par microscopies et/ou des tests de diagnostic rapide	SNIS, registres des établissements ou enquêtes auprès des établissements	Annuelle	National, Régional et District Sanitaire
29.	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	Annuelle	National, Régional et District Sanitaire
30.	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	Annuelle	National, Régional et District Sanitaire
31.	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	Annuelle	National, Régional et District Sanitaire
32.	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	Annuelle	National, Régional et District Sanitaire
33.	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	Annuelle	National, Régional et District Sanitaire
34.	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	Trimestrielle	Presse/PNLP

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
35.	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	Trimestrielle	Presse /PNLP
36.	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	Annuelle	Presse /PNLP
37.	Taux d'exécution des activités du plan d'action annuel du PNLP	Numérateur : Total des activités réalisées Dénominateur : Total des activités planifiées	Rapport PNLP	Trimestrielle Annuelle	PNLP
38.	Taux d'absorption du budget alloué à la lutte contre le paludisme par l'Etat et les partenaires	Numérateur : Total des dépenses effectuées pour la lutte contre le paludisme Dénominateur : Total des financements alloués par l'Etat et les partenaires pour la lutte contre le paludisme	Rapport PNLP	Trimestrielle Annuelle	PNLP

Annexe N°2 : MATRICE POUR LE SUIVI DES PROGRES DE LA PERFORMANCE

Indicateurs	Données de base			Cible par année				
	Valeur	Année	Source	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Indicateurs d'impact</i>								
Incidence annuelle du paludisme dans la population générale (dans les formations sanitaires)	89,46	2009	ASS DIPE	114,54	100	80	60	40
Incidence annuelle du paludisme chez les moins de 5 ans (dans les formations sanitaires)	214,82	2009	SNIS	389	250	200	150	100
Prévalence parasitaire du paludisme	18%	2012	EDS CI				10%	
Taux de mortalité (toutes causes confondues) chez les enfants < 5 ans	125	2006	MICS		108		90	
<i>Indicateurs d'effet</i>								
Proportion de cas de paludisme simple correctement prise en charge dans les formations sanitaires chez les moins de 5 ans	48%	2008	SINS	60%	70%	80%	90%	100%
Proportion de patient hospitalisé pour paludisme dans les formations sanitaires	6,72 / 1000	2011	SNIS		5,50		3,50	
Proportion de décès dus au paludisme enregistré dans les formations sanitaires	ND	ND	ND		10%		5%	
<i>Indicateurs de processus et de résultats</i>								
Proportion de ménages disposant d'au moins de deux MILDA	10,30%	2006	MICS		70%		80%	

Indicateurs	Données de base			Cible par année				
	Valeur	Année	Source	2011	2012	2013	2014	2015
Proportion de personnes ayant dormi sous la MILDA la nuit ayant précédé l'enquête	3%	2006	MICS		60%		80%	
Proportion d'enfants < 5 ans ayant dormi sous la MILDA la nuit ayant précédé l'enquête	3%	2006	MICS		46%		80%	
Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous la MILDA la nuit ayant précédé l'enquête	24%	2009	CAP		32%		80%	
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)	8,3%	2006	MICS	49%	60%	70%	80%	90%
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	36%	2011	SNIS	36%	60%	70%	80%	90%
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	ND	ND	SNIS	50%		70%		100%
Proportion de patients souffrant de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires privées	ND	ND	ND	25%		50%		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	ND	ND	ND	25%		50%		80%

Indicateurs	Données de base			Cible par année				
	Valeur	Année	Source	2011	2012	2013	2014	2015
Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires publiques	ND	ND	ND	50%		70%		90%
Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires privées	ND	ND	ND	25%		50%		80%
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	78%	2011	SINS	80%	90%	100%	100%	100%
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	ND	ND	ND	50%		70%		100%
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	ND	ND	ND	50%		70%		100%

Annexe N°3 : BUDGET DETAILLE PAR INTERVENTION

5.5.2.1. Amélioration des compétences des personnels impliqués dans le suivi/évaluation

Activités	Coût unitaire (euros)	Quantité	2012	2013	2014	2015	Total	Ressources disponibles	Source de financement	Gap à mobiliser
Renforcement des capacités des agents du PNL	19 006,73	8,00	19 007	152 054	152 054	152 054	475 168	323 114	FM R8	152 054
Renforcement des capacités du staff managérial à la gestion du projet (formation de courte durée)	6 021,74	8,00	12 043	48 174	48 174	48 174	156 565	108 391	FM R8	48 174
Participation aux conférences internationales, ateliers et échanges d'expériences	7 470,00	8,00	22 410	59 760	59 760	59 760	201 690	141 930	FM R8	59 760
Réunion semestrielle de la task force (centrale)	17 845,30	2,00	17 845	35 691	35 691	35 691	124 917	89 227	FM R8	35 691
Appui aux réunions trimestrielles de coordination des 20 ERS (tasks force régionale)	213,43	80,00	4 269	17 074	17 074	17 074	55 491	38 417	FM R8	17 074
Appui semestriel aux réunions de coordination des 82 DDS	381,12	164,00	31 252	62 504	62 504	62 504	218 764	156 260	FM R8	62 504
Réunion de suivi mensuelle entre les deux PR et le CCM	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	FM R8	0
Réunion d'orientation et d'implication du secteur privé	407,80	4,00	408	1 631	1 631	1 631	5 301	3 670	FM R8	1 631
Supervision semestrielle des régions sanitaires par le niveau central	731,76	40,00	14 635	29 270	29 270	29 270	102 446	73 176	FM R8	29 270
Supervision trimestrielle des ECD par le niveau régional	605,07	80,00	12 101	48 406	48 406	48 406	157 318	108 913	FM R8	48 406
Appui semestriel aux supervisions des districts	362,53	164,00	29 727	59 455	59 455	59 455	208 091	148 637	FM R8	59 455
Supervision trimestrielle des ASC par les IDE	91,47		6 860	54 882	109 763	164 645	336 150	171 505	FM R8	164 645

Activités	Coût unitaire (euros)	Quantité	2012	2013	2014	2015	Total	Ressources disponibles	Source de financement	Gap à mobiliser
Recruter un sociologue pour l'Unité de S&E du PNL	457,35	12,00	0,0	5 488	5 488	5 488	16 465	0	Etat	16 465
Former les 106 gestionnaires de données (CHU, DRS, DDS) au module spécifique paludisme dans SIGVISION	1 432	8	0,0	11 455	0	0	11 455	0	A Rechercher	11 455
Sous Total 1: (euro)			170 558	585 843	629 270	684 152	2 069 823	1 363 240		706 583

5.5.2.2. Amélioration du cadre de travail

Activités	Coût unitaire (euros)	Quantité	2012	2013	2014	2015	Total	Ressources disponibles	Source de financement	Gap à mobiliser
Connexion internet des régions sanitaires	46	240	5 488	10 976	10 976	10 976	38 417	27 441	FM R8	10 976
Connexion internet du PNL+ entretien	274	4	1 098	1 098	1 098	1 098	4 391	3 293	FM R8	1 098
Consommation de carburant de la direction	9 001	4	36 002	36 002	36 002	36 002	144 009	108 007	FM R8	36 002
Achat de 8 véhicules 4*4	25 916	8	207 331	-	-	-	207 331	207 331	FM R8	0
Achat d'un véhicule de liaison	19 056	1	19 056	-	-	-	19 056	19 056	FM R8	0
Réparation des 8 véhicules	6 430	4	-	25 721	25 721	25 721	77 164	77 164	FM R8	0
Equiperment du PNL	13 583	1	13 583	-	-	13 583	27 167	13 583	FM R8	13 583
Frais de communication	3 499	4	13 995	13 995	13 995	13 995	55 979	41 984	FM R8	13 995
Consommables de la direction de coordination	10 976	1	10 976	10 976	10 976	10 976	43 905	32 929	FM R8	10 976
Location de siège	2 286,74	12,00	6 860	27 441	27 441	27 441	89 183	61 742	FM R8	27 441
Site WEB	3 048,98	1,00	3 049	3 049	3 049	3 049	12 196	9 147	FM R8	3 049
Acquisition d'un logiciel de gestion des données	29 727,56	1,00	29 728	-	-	-	29 728	29 728	FM R8	0
Frais d'assurance des véhicules	21 272,30	1,00	21 272	21 272	21 272	21 272	85 089	63 817	FM R8	21 272
Développer un module spécifique paludisme dans l'application SIGVISION	29 727,56	1,00	0,0	29 727,56	0,00	0,00	29 728	29 728	FM R8	0
Equiper une salle pour l'archivage des données de la DC PNL	4 573,47	1,00	0,0	4 573,47	0,00	0,00	4 573	0	A Rechercher	4 573
Doter le PNL d'un serveur pour la sauvegarde des données	29 727,56	1,00	0,0	29 727,56			29 728	0	A Rechercher	29 728
Doter le PNL d'antivirus pour la sécurisation des données	76,22	20,00	0,0	1524,4	1524,4	1524,4	4 573			4 573
Sous Total 2: (euro)			368 438	216 084	152 055	165 638	902 216	724 949		177 267

5.5.2.3. Développement d'outils de qualité intégrés pour la collecte des données et le suivi de la mise en œuvre

Activités	Coût unitaire (euros)	Quantité	2012	2013	2014	2015	Total	Ressources disponibles	Source de financement	Gap à mobiliser
Ateliers de révision et harmonisation des indicateurs communautaires et privés	9 387,58	2,00	0	18 775	18 775	18 775	56 325	37 550	FM R8	18 775
Reproduction des outils de collecte du SIG pour les structures publiques	451 483,74	0,33	150 495	150 495	150 495	150 495	601 978	451 484	FM R8	150 495
Reproduction des outils de collecte du SIG pour les structures privées non lucratives (confessionnelles et d'entreprises)	17 617,01	1,00	17 617	17 617	17 617	17 617	70 468	52 851	FM R8	17 617
Reproduction des outils de la PECADOM	9 714,05	1,00	9 714	9 714	9 714	9 714	38 856	29 142	FM R8	9 714
Reproduction des outils MILDA et des médicaments	138 219,73	1,00	138 220	138 220	138 220	138 220	552 879	414 659	FM R8	138 220
Reproduction de la fiche de suivi des indicateurs du paludisme	4,57	1 600,00	0	7 318	7 318	7 318	21 953	0	A Rechercher	21 953
Révision du manuel national de gestion des données	4 894,68	1,00	0	4 894,68	0,00	0,00	4 895	0	A Rechercher	4 895
Reproduction du manuel national de gestion des données	4,57	118,00	0	539,67	0,00	0,00	540	0	A Rechercher	540
Sous Total 3: (euro)			316 045	347 572	342 138	342 138	1 347 894	985 686		362 208

5.5.2.4. Développement d'un système d'assurance qualité des données de paludisme

Activités	Coût unitaire (euros)	Quantité	2012	2013	2014	2015	Total	Ressources disponibles	Source de financement	Gap à mobiliser
Atelier trimestriel décentralisé de validation des données du secteur public (DDS et Hôpitaux références) et du secteur privé	1 022,74	80,00	81819,4	81 819,39	81 819,39	81 819,39	327 278		FM R8	327 278
Appui aux activités de supervision et de contrôle qualité de la DIPE	68 933,94	1,00	17233,5	68 933,94	68 933,94	68 933,94	224 035		FM R8	224 035
Mission d'inspection et de contrôle financier	60,98	80,00	1219,6	19 513,47	19 513,47	19 513,47	59 760		FM R8	59 760
Appui aux activités de pharmacovigilance avec la DPM	31 632,25	1,00	7908,1	31 632,25	31 632,25	31 632,25	102 805		A Rechercher	102 805
Sous Total 4: (euro)			108 181	201 899	201 899	201 899	713 878	0		713 878

5.5.2.5. Documentation des bonnes pratiques et des progrès du programme pour constituer des bases factuelles

Activités	Coût unitaire (euros)	Quantité	2012	2013	2014	2015	Total	Ressources disponibles	Source de financement	Gap à mobiliser
Etude sur l'efficacité résiduelle des MILDA	22 789,66	1,00	0	0	22 790	22 790	45 579	22 790	FM R8	22 790
Etude sur l'efficacité des CTA dans les sites sentinelles	81 207,62	1,00	40 604	81 208	81 208	81 208	284 227	203 019	FM R8	81 208
Evaluation de la transmission vectorielle	64 348,24	1,00	0	64 348	0	64 348	128 696	64 348	FM R8	64 348
Evaluation de la résistance aux insecticides	22 479,43	1,00	22 479	0	22 479	22 479	67 438	44 959	FM R8	22 479
Enquête sur les Indicateurs du Paludisme	618 024,78	1,00	0	618 025	0	618 025	1 236 050	240 343	FM R8	995 707
Elaborer et diffuser le rapport annuel sur le paludisme	4,57	500,00	2 287	2 287	2 287	2 287	9 147	6 860	FM R8	2 287
Enquête de service sur la prise en charge du paludisme	21 955,17	1,00	21 955	21 955	21 955	21 955	87 821	65 866	FM R8	21 955
Intensification des stratégies avancées au niveau des districts	38 271,26	24,00	114813,8	918 510,21	918 510,21	918 510,21	2 870 344	1 951 834	FM R8	918 510
Révision de document de politique et des directives pour la lutte contre le paludisme	4 894,68	1,00	0,0	4 894,68	0,00	0,00	4 895	0	A Rechercher	4 895
Révision du manuel de procédure	4 817,31	1,00	0,0	4 817,31	0,00	0,00	4 817	0	A Rechercher	4 817
Revue/Evaluation du plan stratégique 2012-2015	35 184,91	1,00	0,0	35 184,91	0,00	35 184,91	70 370	0	A Rechercher	70 370
Elaboration le plan stratégique 2016-2020	26 709,07	1,00	0,0	0,00	0,00	26 709,07	26 709	0	A Rechercher	26 709
Reproduction de directives nationales révisées sur la PEC du paludisme	4,57	1 732,00	0,0	7 921,25	0,00	7 921,25	15 843	0	A Rechercher	15 843
Reproduction du manuel de formation des prestataires à la prise en charge	4,57	1 000,00	0,0	4 573,47	4 573,47	4 573,47	13 720	0	A Rechercher	13 720

Activités	Coût unitaire (euros)	Quantité	2012	2013	2014	2015	Total	Ressources disponibles	Source de financement	Gap à mobiliser
Reproduction du plan stratégique 2012-2015	4,57	1 732,00	0,0	7 921,25	0,00	7 921,25	15 843	0	A Rechercher	15 843
Reproduction du document de politique	4,57	1 732,00	0,0	7 921,25	0,00	7 921,25	15 843	0	A Rechercher	15 843
Reproduction de l'algorithme (traitement, TDR, PECADOM)	2,29	4 600,00	10519,0	11 430,98	12 342,98	13 254,98	47 548	0	A Rechercher	47 548
Enquête Connaissance Aptitude et Pratique	38 112,25	1,00	0,0	38 112,25	0,00	38 112,25	76 225	0	A Rechercher	76 225
Etude sur les conditions d'utilisation, l'efficacité et la tolérance de la SP	40 811,82	1,00	0,0	40811,8	40811,8	40811,8	122 435	81 624	FM R8	40 812
Etude sur la lutte intégrée contre le paludisme à travers l'utilisation du Tool-Box	83 846,96	1,00	0,0	83 846,96	83 846,96	83 846,96	251 541	0	A Rechercher	251 541
Réaliser des études environnementales, entomologiques et des gîtes larvaires pour la mise en œuvre de la PID et de la LAL dans trois districts sanitaires	60 979,61	1,00	0,0	60 979,61	60 979,61	60 979,61	182 939	182 939	Etat	0
Etude sur le profil entomologique des vecteurs du paludisme en Côte d'Ivoire	4 573,47	1,00	0,0	4 573,47			4 573	0	A Rechercher	4 573
Réunions de mobilisation des ressources pour le financement de la recherche	407,80	6,00	0,0	2 446,81	2 446,81	2 446,81	7 340	0	A Rechercher	7 340
Réunions d'identification des thèmes complémentaires en recherche opérationnelle	407,80	6,00	0,0	2 446,81	2 446,81	2 446,81	7 340	0	A Rechercher	7 340
Réunions d'harmonisation des protocoles de recherche	407,80	12,00	0,0	4 893,61	4 893,61	4 893,61	14 681	0	A Rechercher	14 681
Réunions de restitution des résultats de recherche	407,80	12,00	0,0	4 893,61	4 893,61	4 893,61	14 681	0	A Rechercher	14 681

Activités	Coût unitaire (euros)	Quantité	2012	2013	2014	2015	Total	Ressources disponibles	Source de financement	Gap à mobiliser
Colloque scientifique	18 492,07	1,00	0,0	18 492,07	18 492,07	18 492,07	55 476	36 984	FM R8	18 492
Elaboration des bulletins trimestriels de surveillance épidémiologique	381,12	4,00	0,0	1 524,49	1 524,49	1 524,49	4 573	0	A Rechercher	4 573
Reproduction des bulletins trimestriels de surveillance épidémiologique	1,52	4 000,00	0,0	6 097,96	6 097,96	6 097,96	18 294	0	A Rechercher	18 294
Contractualiser avec un institut de recherche pour la surveillance épidémiologique au niveau des sites sentinelles (Cas et décès)	7 622,45	4,00	0,0	30 489,80	30 489,80	30 489,80	91 469	0	A Rechercher	91 469
Sous Total 5: (euro)			212 658	2 090 607	1 343 069	2 150 124	5 796 458	2 901 565		2 894 892