



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



---

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME  
P.N.L.P.**

**PLAN DE SUIVI ET EVALUATION  
DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME  
2013–2015**

**Juin 2013**



**PLAN DE SUIVI ET EVALUATION  
DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME  
2013–2015**



## AVANT-PROPOS

Après avoir déterminé les forces et les faiblesses du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) à l'issue de la revue des performances du programme réalisée en 2012, je suis particulièrement satisfait de la finalisation de ce Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le paludisme en République Démocratique du Congo(RDC).

Basé sur les leçons apprises de la mise en œuvre des plans précédents, des orientations et des engagements internationaux ou sous régionaux auxquels la RDC a souscrit, ce PSN triennal de Lutte contre le Paludisme s'aligne parfaitement sur le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS ; 2011-2015).

Il servira désormais de document d'orientation pays pour accélérer la couverture universelle des interventions visant à réduire la morbidité et la mortalité due au Paludisme et à en atténuer l'impact socio-économique négatif. De même, il consolidera les acquis qui concourent à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à l'horizon 2015, et plus particulièrement les OMD 4, 5 et 6.

Conscient de la charge importante que constitue le Paludisme en RDC et en application des recommandations édictées par le Président de la République, Son Excellence Monsieur Joseph KABILA KABANGE, le Gouvernement de la République s'est engagé à soutenir la mise en œuvre de ce plan Stratégique National.

Aussi, j'en appelle à la collaboration de toutes les parties prenantes à l'action sanitaire, y compris les partenaires bilatéraux ou multilatéraux ainsi que les Organismes Non Gouvernementaux Nationaux ou Internationaux, à assumer chacun ses responsabilités pour réunir les ressources nécessaires à l'exécution de ce plan stratégique. A cet égard, la mobilisation des ressources financières internes constituera un levier majeur de la lutte pour les trois prochaines années.

Par ailleurs, la responsabilisation des entités provinciales dans la planification et la gestion des actions de développement constitue une opportunité supplémentaire de mobilisation des ressources pour appuyer la lutte contre le paludisme.

L'aboutissement de ce plan stratégique d'action multisectorielle est tributaire de l'appropriation de la lutte à tous les niveaux et par toutes les parties impliquées dans les problèmes de Santé.

J'exhorte la coordination du PNLP à veiller à ce que les activités retenues dans ce plan stratégique soient strictement mises en œuvre. La conjonction du leadership du PNLP et la bonne mise à disposition des ressources pressenties conditionneront durablement l'atteinte des objectifs du programme.

J'invite chacun de vous à y coopérer et vous dis grand merci.

**Dr Félix KABANGE NUMBI MUKWAMPA**

Le Ministre de la Santé Publique

## REMERCIEMENT

La RDC inscrit l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) notamment ceux en rapport avec la lutte contre le Paludisme, le Sida et la Tuberculose comme une priorité. C'est dans ce cadre que, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) appuyé par ses partenaires financiers et techniques, a élaboré un plan stratégique de 4<sup>e</sup> génération 2013-2015 susceptible de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la République Démocratique du Congo par la réduction du fardeau humain et socio-économique dû au paludisme.

Ce plan exige du PNLP la mise en place d'un système de suivi-évaluation performant susceptible d'assurer la mesure des différents indicateurs dans le but de fournir des Informations stratégiques aux décideurs. De ce fait, la collecte de manière continue des données liées aux intrants, au processus et aux produits, suivie d'un traitement et d'une analyse approfondie constitue un gage pour s'assurer de l'atteinte des résultats escomptés.

Ce plan de suivi-évaluation 2013-2015 devra contribuer au consensus de toutes les parties prenantes sur le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation des résultats assurant ainsi une harmonisation des procédures et une standardisation des indicateurs à collecter et des outils de collecte.

Ce document est rendu disponible avec l'appui technique et financier des principaux partenaires Techniques et financiers du PNLP. A cet effet, des remerciements particuliers sont adressés à l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, l'USAID, l'initiative Présidentielle Américaine de Lutte contre le Paludisme - PMI en sigle, le Département britannique pour le Développement-DfID en sigle, KOICA, le Partenariat Roll Back Malaria et MEASURE-Evaluation.

Que toutes les institutions ou personnes ressources qui n'ont pas nommément cités trouvent ici l'expression de notre estime et parfaite considération.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. LOSIMBA LIKWELA', is written over a horizontal line. The signature is stylized and includes some additional scribbles below the main text.

**Pr Joris LOSIMBA LIKWELA**

Directeur du Programme National de Lutte contre le Paludisme

## **TABLES DES MATIERES**

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES .....	ii
LISTE DES ABREVIATIONS .....	iii
1 INTRODUCTION.....	1
2 DESCRIPTION DU PLAN STRATEGIQUE PNLP 2013–2015.....	2
2.1 Contexte et Justification .....	2
2.2 But et Objectifs du Plan Stratégique.....	3
3 BUT ET OBJECTIFS DU PLAN DE SUIVI ET D’EVALUATION.....	5
3.1 But.....	5
3.2 Objectif Général .....	5
3.3 Objectifs Spécifiques.....	5
4 CADRE DE SUIVI ET D’EVALUATION.....	6
4.1 Cadre Logique de Suivi et Evaluation .....	6
4.2 Cadre de Résultats.....	7
5 DESCRIPTION DES INDICATEURS .....	9
5.1 Sélection et Types d’Indicateurs .....	9
5.2 Liste et Description des Indicateurs.....	9
6 CADRE DE PERFORMANCE .....	17
6.1 Introduction .....	17
6.2 Indicateurs et Niveau de Performance .....	17
7 PROCEDURES OPERATIONNELLES DU SUIVI ET EVALUATION DU PROGRAMME .....	21
7.1 Collecte des Données .....	21
7.2 Compilation et Analyse des Données.....	23
7.3 Validation des Données .....	23
7.4 Transmission des Données.....	23
7.5 Rôle des différents acteurs dans la gestion des données .....	24
7.6 Supervision .....	25
7.7 Assurance Qualité des Données.....	25
8 COORDINATION DU SYSTEME DE SUIVI ET D’EVALUATION .....	28
9 COMPOSANTES DE SUIVI DU PROGRAMME .....	29
9.1 Le Système de Suivi Communautaire .....	29
9.2 Système National d’Informations Sanitaires/Soins de Santé Primaires.....	29
9.3 Système National d’Informations Sanitaires/Surveillance Intégrée de la Maladie.....	30
9.4 Le système de surveillance « Faire Reculer le Paludisme » à Travers les Sites Sentinelles du PNLP .....	30
9.5 La Pharmacovigilance des Médicaments Antipaludiques.....	30

9.6	Le Système d'Information sur la Gestion des Intrants Antipaludiques.....	32
9.7	Le Contrôle de Qualité des Médicaments Antipaludiques.....	32
10	EVALUATION DU PROGRAMME.....	35
10.1	Enquête de couverture des MILDA pré et post campagnes de distribution de masse.....	35
10.2	Enquêtes d'Evaluation de Couverture et d'Impact du Programme .....	35
11	DIFFUSION ET UTILISATION DES DONNEES .....	36
11.1	Diffusion des données.....	36
11.2	Utilisation des Données.....	36
12	RENFORCEMENT DES CAPACITES EN SUIVI ET EVALUATION .....	38
13	PLAN DE MISE EN ŒUVRE ET BUDGET .....	39
	Annexe 1: Fiches de reference des indicateurs.....	45
	Annexe 2: Outils de collecte des donnees.....	93
	Bibliographie.....	98
	Liste des membres du comite de redaction du plan de suivi et evaluation .....	99

## **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**

---

### **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1:	Evolution des indicateurs de performance du PNLP selon les enquêtes nationales de 2001, 2007 et 2010.....	3
Tableau 2:	Liste et description des indicateurs.....	9
Tableau 3:	Indicateurs, valeur de base et cible.....	17
Tableau 4:	Mécanismes et fréquence de la validation des données selon les structures.....	23
Tableau 5:	Rôle des acteurs selon le niveau de responsabilité .....	24
Tableau 6:	Répartition des différents acteurs par niveau de supervision.....	25
Tableau 7:	Sources de vérification des données .....	27
Tableau 8:	Responsabilité et rôles à différents niveaux.....	28
Tableau 9:	Modes de diffusion et d'utilisation des données produites par le programme .....	37
Tableau 10:	Plan de travail budgétisé .....	39

---

### **LISTE DES FIGURES**

Figure 1:	Modèle logique de suivi et d'évaluation du PNLP .....	6
Figure 2:	Cadre des résultats .....	7
Figure 3:	Circuit de transmission de l'information sanitaire .....	24

## LISTE DES ABREVIATIONS

ACT	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
AS	Aire de Santé
ASAQ	Artésunate-Amodiaquine
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CDC	Center for Diseases Control
CMM	Consommation Moyenne Mensuelle
CPN	Consultation Périnatale
CNPV	Centre National de PharmacoVigilance
CPS	Consultation Préscolaire
CS	Centre de Santé
DDSSP	Direction de Développement des Soins de Santé Primaires
DEP	Direction d'Etude de Planification
DLM	Direction de la Lutte Contre la Maladie
DPM	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Plantes Médicinales
DPS	Division Provincial de la Santé
ECZS	Equipe Cadre de la Zone de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EIP	Enquête sur les Indicateurs du Paludisme
ESP	Ecole de Santé Publique
FRP /RBM	Faire Reculer le Paludisme/Roll Back Malaria
HGR	Hôpital Général de Référence
IPS	Inspection Provincial de la Santé
INS	Institut National de Statistiques
IT	Infirmier Titulaire
GESIS	Gestion du Système d'Information Sanitaire
GMP	Global Malaria Programme
MICS	Multi Indicators Cluster Survey
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
NB	Nombre
NC	Nouveau Cas
ND	Non Disponible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC	Prise en Charge des Cas
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte Contre le Paludisme
RCP	Résumé des Caractéristiques du Produit
RDC	République Démocratique du Congo
RDQA	<i>Routine Data Quality Assessment</i>
RUMER	Registre d'Utilisation de Médicaments Essentiels et Recettes
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
TDR	Test de Diagnostic de Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
USD	United States Dollar
ZS	Zone de Santé



# 1 INTRODUCTION

Après analyse des feuilles de route de lutte antipaludique dans la région africaine de l'OMS ayant relevé la nécessité de recadrer les plans de lutte antipaludique sur base des évidences du terrain, une revue de performance du programme (RPP) de lutte contre le paludisme en RDC a été effectuée de Mars à Novembre 2012. A l'issue de cette revue, un plan stratégique transitoire de quatrième génération couvrant la période 2013–2015 a été élaboré. Ce plan s'aligne sur le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011–2015 élaboré par le Ministère de la Santé.

Ce nouveau plan stratégique national (PSN) de lutte contre le paludisme 2013–2015 en RDC est l'un des documents clé marquant la ferme volonté du Ministère de la Santé Publique (MSP) d'accélérer la couverture universelle des interventions pour la réduction substantielle de la morbidité et la mortalité liées au paludisme d'ici 2015.

La mise en œuvre du PSN 2013–2015 nécessite l'élaboration d'un plan de suivi et d'évaluation. Ce plan décrit les activités liées à l'appréciation dans le temps et dans l'espace des progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du PSN 2013–2015.

Le plan de suivi et d'évaluation décrit les grandes lignes d'un système performant de mesure des indicateurs afin de relever le défi de rendre disponible et à temps opportun les informations sur le déroulement des activités et leur efficacité. Ceci devra permettre d'assurer le suivi des interventions et de répondre aux obligations de rendre compte non seulement aux décideurs mais aussi aux bénéficiaires.

Ainsi le plan de suivi et d'évaluation du PSN de lutte contre le paludisme 2013–2015 se veut un ensemble d'orientations techniques, méthodologiques et organisationnelles, permettant à tous les acteurs de dérouler harmonieusement les activités de suivi et d'évaluation. Ceci offre ainsi des possibilités de comparaisons entre différentes sources de données tout en garantissant la validité et la fiabilité de l'information.

C'est seulement à travers un système de suivi et d'évaluation commun, complet, intégré et aligné sur le système sectoriel que l'on peut espérer améliorer la qualité de l'information fournie sur l'évolution du paludisme dans un contexte d'utilisation efficiente des ressources disponibles.

## **2 DESCRIPTION DU PLAN STRATEGIQUE PNLP 2013-2015**

### **2.1 Contexte et Justification**

Avec 216 millions d'épisodes et 655 milles décès rapportés en 2010, le paludisme reste l'une des maladies parasitaires les plus répandues et les plus meurtrières dans le monde, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans qui représentent 86,0% des décès enregistrés. La région africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) compte à elle seule 81,0% des cas rapportés et 91,0% des décès dus au paludisme selon le Rapport Mondial sur le Paludisme 2011. Le même rapport indique que six pays à savoir le Nigeria, la République Démocratique du Congo (RDC), le Burkina Faso, le Mozambique, la Côte d'Ivoire, et le Mali comptent pour 60,0% soit 390 milles décès dus au paludisme. Par ordre d'importance, notre pays la RDC occupe le deuxième rang en termes de mortalité palustre dans le monde.

L'enquête par grappes à indicateurs multiples (*Multicenter Indicators Survey*, ou MICS) réalisée 2010 a montré que 27,0% des enfants de moins de 5 ans avaient eu la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête. Parmi ces enfants, 39,0% avaient reçu des antipaludiques, et seulement 23,8% avaient reçu un traitement antipaludique dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre. Les Combinaisons Thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) avaient été administrées à seulement 2,7% (y compris 1,1% dans les sites des soins communautaires) des enfants qui avaient reçu des antipaludiques pour le traitement du paludisme simple, tandis que 24,8% des enfants avaient reçu la quinine, 8,0% avaient reçu l'amodiaquine, 3,1% avaient reçu la chloroquine, 2,5% avaient reçu la sulfadoxine-pyriméthamine (SP), et 2,0% avaient reçu d'autres antipaludiques. Cette enquête a indiqué que 51,0% (contre 9,0% en 2007, Enquête Démographique et de Santé-EDS) des ménages disposaient d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA). Par contre 38,1% (contre 6,0% en 2007-EDS) des enfants de moins de 5 ans et 42,6% (contre 7,0% en 2007-EDS) chez les femmes enceintes utilisaient ces MILDA.

Les progrès observés sur les principaux indicateurs de résultats et d'impact du PNLP sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1: Evolution des indicateurs de performance du PNLP selon les enquêtes nationales de 2001, 2007, et 2010

	MICS 2001 (%)	EDS 2007 (%)	MICS 2010 (%)
% des ménages possédant au moins une MILDA	ND	9,0	51,0
% d'enfants de moins de 5 ans qui utilisent une MILDA	0,7	6,0	38,1
% des femmes enceintes qui utilisent une MILDA	ND	7,0	42,6
% de femmes enceintes qui ont bénéficié du TPI conformément à la politique nationale	ND	5,1	20,8
% d'enfants de moins de 5 ans avec une fièvre les deux semaines précédant l'enquête ayant eu un prélèvement au doigt ou au talon pour le test de paludisme.	ND	ND	17,2
% d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête qui ont reçu un antipaludique	ND	29,8	39
% d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête traités avec un antipaludique de première ligne recommandé pour le paludisme simple.	ND	ND	6,1
% d'enfants de moins de 5 ans avec une fièvre	41	30,8	27,0

Source: MICS 2001, <http://www.childinfo.org/files/drc.pdf>

EDS 2007, <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR208-DHS-Final-Reports.cfm>

MICS 2010, [http://www.childinfo.org/files/MICS-RDC\\_2010\\_Final\\_Report\\_FR.pdf](http://www.childinfo.org/files/MICS-RDC_2010_Final_Report_FR.pdf)

Note: ND—Non Disponible

Pour pallier à cette situation la RDC a développé un nouveau plan stratégique de quatrième génération pour la période 2013–2015 qui s'inspire des résultats de l'évaluation de quatre premières années du plan stratégique précédent (PSN 2009–2013).

## 2.2 But et Objectifs du Plan Stratégique

### 2.2.1 But

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la RDC par la réduction du fardeau humain et socio-économique dus au paludisme.

### 2.2.2 Objectifs

#### ▪ Objectifs Généraux

- Réduire de 50,0% la mortalité spécifique du paludisme dans les formations sanitaires d'ici fin 2015 par rapport à la mortalité observée en 2010.
- Réduire la morbidité liée au paludisme de 25,0% d'ici fin 2015 par rapport à la morbidité observée en 2010.

#### ▪ Objectifs Spécifiques

##### Prévention:

- Amener au moins 80,0% des personnes à risque de paludisme à dormir sous une MILDA.
- Pulvériser au moins 80,0% des maisons dans les aires d'intervention avec des insecticides à effet rémanent.

- Administrer le TPI à au moins 80,0% des femmes enceintes conformément aux directives nationales.
- Administrer le TPI à au moins 80,0% de nourrissons dans les zones d'intervention.

**Prise en charge des cas:**

- Confirmer par la microscopie ou le TDR au moins 80,0% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires intégrées et dans la communauté.
- Traiter tous les cas de paludisme confirmés conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires intégrées et dans la communauté.

**Préparation et réponse aux épidémies de paludisme et situations d'urgence**

- Maîtriser au moins 80,0% des épidémies dues au paludisme conformément aux directives nationales (détection précoce dans les 15 jours et riposte).

**Gestion du programme**

- Décaisser 100% des fonds alloués au PNLN dans le budget de la santé.

**Plaidoyer, IEC et mobilisation communautaire**

- Amener au moins 80,0% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme.

**Gestion des achats et des stocks (GAS)**

- Rendre disponible de façon permanente les médicaments et autres produits antipaludiques dans au moins 80,0% des structures sanitaires intégrées y compris au niveau communautaire.

**Surveillance épidémiologique, suivi et évaluation et recherche opérationnelle**

- Amener au moins 95,0% des ZS à transmettre régulièrement les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme (complétude).
- Réaliser au moins 80,0% des sujets de recherche opérationnelle planifiés.

## **3 BUT ET OBJECTIFS DU PLAN DE SUIVI ET D'ÉVALUATION**

### **3.1 But**

Apprécier l'état d'avancement des activités de lutte contre le paludisme en RDC, évaluer le niveau de performance de couverture des interventions réalisées et mesurer l'impact de la couverture. Le plan de suivi et d'évaluation permet de faciliter la collecte, le stockage, le traitement, l'analyse, l'interprétation et la dissémination de l'information sur la réponse du Ministère de la Santé Publique (MSP) dans le domaine de la lutte contre le paludisme. En outre, Il vise à fournir des informations essentielles pour la prise de décision et la planification.

### **3.2 Objectif Général**

Evaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan stratégique 2013–2015.

### **3.3 Objectifs Spécifiques**

- Suivre la mise en œuvre des activités contenues dans le plan stratégique 2013–2015.
- Evaluer les progrès réalisés dans l'amélioration du niveau de couverture des interventions de lutte contre le paludisme.
- Mesurer l'impact épidémiologique des interventions de lutte antipaludique.
- Orienter l'allocation et l'utilisation des ressources matérielles, financières, et humaines.
- Soutenir le processus de planification à tous les niveaux du système de santé.

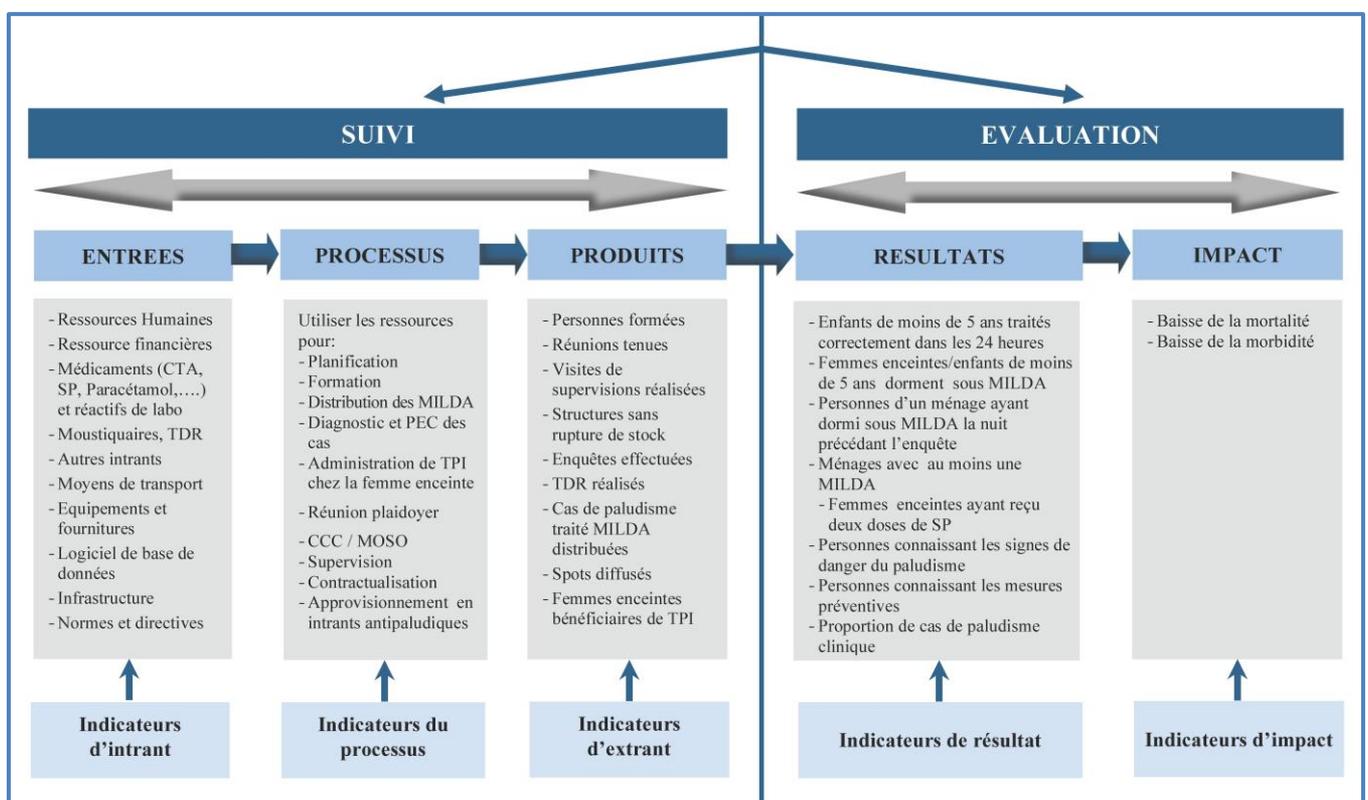
## 4 CADRE DE SUIVI ET D’EVALUATION

### 4.1 Cadre Logique de Suivi et Evaluation

Un bon cadre de suivi et d’évaluation est basé sur l’agencement clair et logique des ressources et activités permettant d’obtenir des résultats nécessaires à l’atteinte de l’objectif global. En plus de d’une interprétation de l’usage rationnel des ressources du PNLP et des buts visés, le plan de suivi et d’évaluation permet d’identifier et d’illustrer les relations linéaires qui existent entre les différentes composantes du programme.

Le présent plan de suivi et d’évaluation (figure 1) suivra cette logique pour atteindre les résultats escomptés.

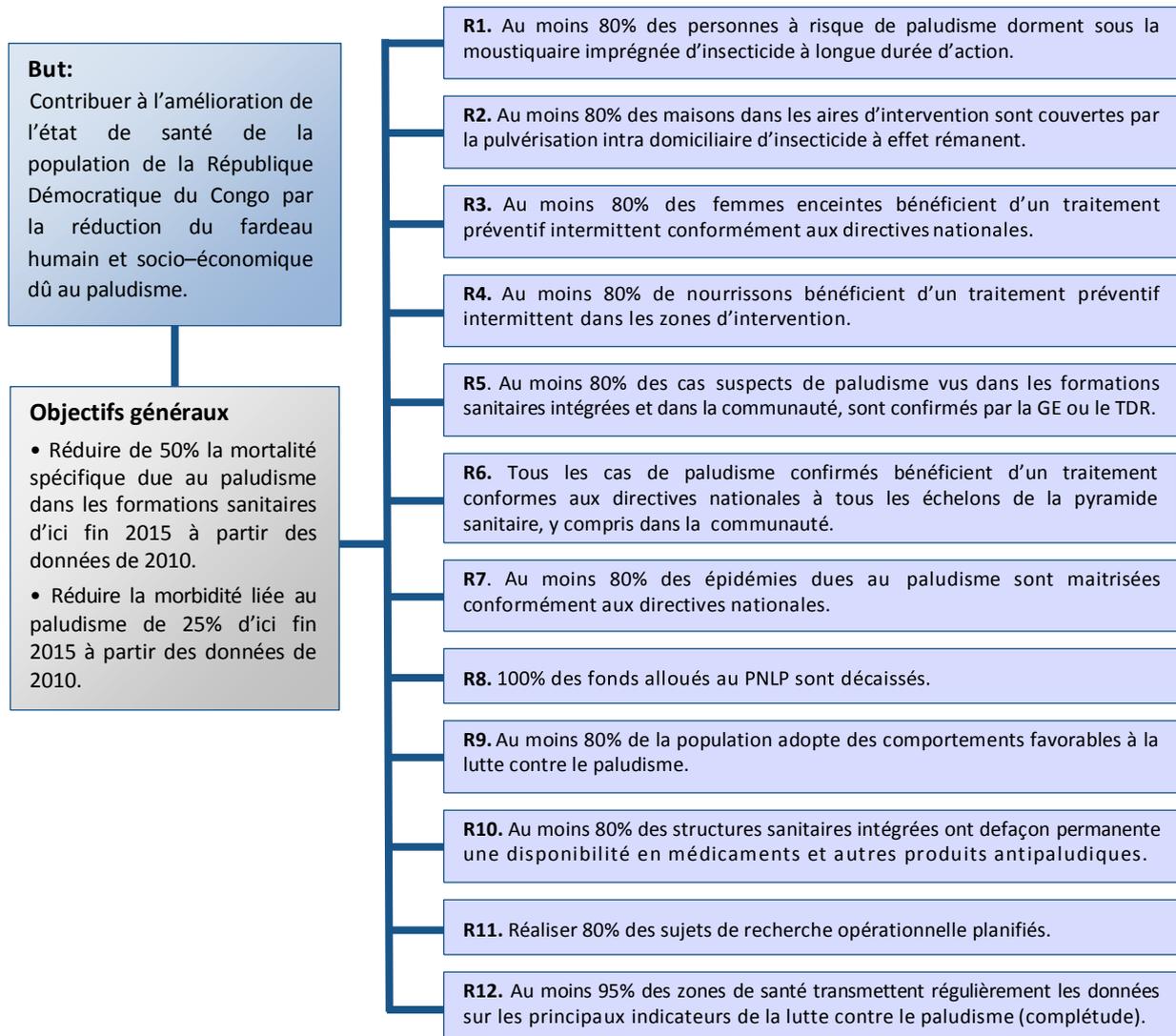
Figure 1: Modèle logique de suivi et d’évaluation du PNLP



## 4.2 Cadre de Résultats

Le cadre des résultats devrait nous permettre d'établir un lien direct de causalité entre les résultats issus des activités devant conduire à l'atteinte de l'objectif global et du but du programme. Ceci permet un suivi-évaluation plus aisé des interventions et résultats (figure 2).

Figure 2: Cadre des résultats





## 5 DESCRIPTION DES INDICATEURS

### 5.1 Sélection et Types d'Indicateurs

Le choix des indicateurs a été dicté par les besoins en information au niveau national. Ils sont présentés en indicateurs d'intrants, de processus, d'extrants, d'effets et d'impact. Les indicateurs proposés ont été choisis de façon consensuelle et validés par les différents acteurs.

### 5.2 Liste et Description des Indicateurs

Les indicateurs retenus et les variables nécessaires au calcul de chaque indicateurs sont présentés ci-dessous (tableaux 2a–c).

Tableau 2a: Liste et description des indicateurs d'impact

N°	Nom de l'indicateur	Information clé pour le calcul des indicateurs
1	Taux de mortalité toutes causes confondues chez les enfants de moins de 5 ans	<b>Numérateur:</b> nombre de décès toutes causes confondues chez les enfants de moins de 5 ans <b>Dénominateur:</b> nombre total des enfants de moins de 5 ans au cours de période enquêtée
2	Pourcentage de décès attribués au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	<b>Numérateur:</b> nombre de décès attribués au paludisme après autopsie verbale chez les enfants de moins de 5 ans pendant les deux ans précédant l'enquête <b>Dénominateur:</b> nombre total de décès toutes causes confondues chez les enfants de moins de 5 ans rapportés pour les deux ans précédant l'enquête et dont la (les) cause (s) a été (ont été) déterminée par autopsie verbale
3	Proportion de décès attribués au paludisme dans les formations sanitaires	<b>Numérateur:</b> nombre de décès attribués au paludisme parmi les patients hospitalisés dans les formations sanitaires au cours d'une période définie <b>Dénominateur:</b> nombre total de décès toutes causes confondues parmi les patients hospitalisés dans les formations sanitaires au cours de la même période
4	Taux de létalité hospitalière du paludique (tous âges)	<b>Numérateur:</b> nombre de décès attribués au paludisme parmi les patients hospitalisés dans les formations sanitaires au cours d'une période donnée <b>Dénominateur:</b> nombre total de patients hospitalisés pour paludisme enregistrés dans les formations sanitaires pendant la même période
5	Taux de létalité hospitalière paludique parmi les enfants de moins de 5 ans	<b>Numérateur:</b> nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans attribués au paludisme parmi les enfants hospitalisés dans les formations sanitaires pendant une période donnée <b>Dénominateur:</b> nombre total d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour paludisme enregistrés dans les formations sanitaires pendant la même période

N°	Nom de l'indicateur	Information clé pour le calcul des indicateurs
6	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec une fièvre	<b>Numérateur:</b> nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête <b>Dénominateur:</b> nombre total d'enfants de moins de 5 ans enquêtés
	Pourcentage d'enfants de 6 à 59 mois avec un test de diagnostic du paludisme positif	<b>Numérateur:</b> nombre d'enfants de 6 à 59 mois avec un test de diagnostic biologique du paludisme positif par la microscopie ou le TDR <b>Dénominateur:</b> nombre total d'enfants de 6 à 59 mois testés par la microscopie ou le TDR pour le diagnostic biologique du paludisme
	Pourcentage des cas de paludisme parmi tous les NC dans les formations sanitaires	<b>Numérateur:</b> nombre total de cas de paludisme reçus au niveau des formations sanitaires <b>Dénominateur:</b> nombre total des cas reçus en consultations dans les formations sanitaires
7	Prévalence de l'anémie	<b>Numérateur:</b> nombre total d'enfants de 6 à 59 mois avec un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl lors de l'enquête auprès des ménages <b>Dénominateur:</b> nombre total d'enfants de 6 à 59 mois dont le taux d'hémoglobine a été mesuré lors la même enquête auprès des ménages
8	Taux d'incidence du paludisme (exprimé en nombre de nouveaux cas pour 1 000 personnes par an)	<b>Numérateur:</b> nombre de nouveaux cas de paludisme confirmés par la microscopie ou TDR au cours d'une année <b>Dénominateur:</b> nombre total de personnes suivies pendant la même période (où nombre de personnes-années à risque)

Tableau 2b.1: Indicateurs de résultats en promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA)

N°	Nom de l'indicateur	Information clé pour le calcul des indicateurs
1	Pourcentage de ménages possédant au moins une MILDA	<b>Numérateur:</b> nombre de ménages enquêtés possédant au moins une MILDA <b>Dénominateur:</b> nombre total de ménages enquêtés
2	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une MILDA	<b>Numérateur:</b> nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MILDA la nuit précédente <b>Dénominateur:</b> nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi dans les ménages enquêtés la nuit précédente
3	Pourcentage des femmes enceintes qui dorment sous une MILDA	<b>Numérateur:</b> nombre de femmes enceintes qui ont dormi sous une MILDA la nuit précédente <b>Dénominateur:</b> nombre total de femmes enceintes qui ont dormi dans les ménages enquêtés la nuit précédente
4	Pourcentage de la population qui dort sous une MILDA	<b>Numérateur:</b> nombre de personnes qui ont dormi sous une MILDA la nuit précédente <b>Dénominateur:</b> nombre total de personnes (membres des ménages) qui ont passé la nuit précédente dans les ménages enquêtés

Tableau 2b.2: Pulvérisation intra domiciliaire (PID) d'insecticide

N°	Nom de l'indicateur	Information clé pour le calcul des indicateurs
1	Pourcentage de ménages ayant bénéficié de la PID pulvérisation, au cours des 12 derniers mois	<b>Numérateur:</b> nombre de ménages qui ont bénéficié de la PID dans les zones cibles au cours des 12 derniers mois <b>Dénominateur:</b> nombre total de ménages dans les zones cibles au cours des 12 derniers mois
2	Pourcentage de la population des zones cibles couverte par la PID	<b>Numérateur:</b> nombre de personnes vivant dans des ménages ayant bénéficié de la PID au moment de la pulvérisation <b>Dénominateur:</b> nombre total de personnes vivant dans la zone cible au moment de la pulvérisation

Tableau 2b.3: Administration du traitement préventif intermittent (TPI) chez les femmes enceintes

N°	Nom de l'indicateur	Information clé pour le calcul des indicateurs
1	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de TPI pendant leur dernière grossesse	<b>Numérateur:</b> nombre de femmes ayant reçu au moins trois doses de TPI pendant leur dernière grossesse menée à terme au cours des deux dernières années <b>Dénominateur:</b> nombre total de femmes interrogées ayant mené leur dernière grossesse à terme au cours de deux dernières années
2	Proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins deux doses de TPI au cours des CPN	<b>Numérateur:</b> nombre de femmes ayant reçu au moins deux doses de SP au cours de la CPN <b>Dénominateur:</b> nombre total de femmes reçues pour la CPN

Tableau 2b.4: Administration du traitement préventif intermittent (TPI) chez les nourrissons

N°	Nom de l'indicateur	Information clé pour le calcul des indicateurs
1	Pourcentage des nourrissons ayant reçu au moins trois doses de TPI	<b>Numérateur:</b> nombre de nourrissons ayant reçu au moins trois doses de TPI au cours des consultations préscolaires (CPS) <b>Dénominateur:</b> nombre total de nourrissons reçus pour la CPS

Tableau 2b.5: Prise en charge des cas (PEC) du paludisme

N°	Nom de l'indicateur	Information clé pour le calcul des indicateurs
1	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec une fièvre au cours des dernières semaines qui ont subi un prélèvement au doigt ou au talon pour le diagnostic du paludisme	<b>Numérateur:</b> nombre d'enfants de moins de 5 ans avec une fièvre au cours des 2 dernières semaines qui ont subi un prélèvement de sang au doigt ou au talon pour le diagnostic du paludisme <b>Dénominateur:</b> nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu une fièvre au cours des 2 dernières semaines
2	Proportion des cas de paludisme traités avec les CTA conformément aux directives nationales chez les enfants de moins de 5 ans au niveau des formations sanitaires	<b>Numérateur:</b> nombre de cas de paludisme traités avec les CTA conformément aux directives nationales chez les enfants de moins de 5 ans au niveau des formations sanitaires <b>Dénominateur:</b> nombre total de cas de paludisme survenus chez les enfants de moins de 5 ans au niveau des formations sanitaires
3	Proportion des cas de paludisme traités avec les CTA conformément aux directives nationales chez les enfants de moins de 5 ans au niveau des sites de soins communautaires	<b>Numérateur:</b> nombre de cas de paludisme traités avec les CTA conformément aux directives nationales chez les enfants de moins de 5 ans au niveau des sites de soins communautaires <b>Dénominateur:</b> nombre total de cas de paludisme survenus chez les enfants de moins de 5 ans au niveau des sites de soins communautaires
4	Proportion des enfants de moins de 5 ans avec fièvre traités avec les CTA au niveau communautaire, conformément aux directives nationales	<b>Numérateur:</b> nombre d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre traités avec des CTA conformément aux directives nationales au niveau des sites de soins communautaires <b>Dénominateur:</b> nombre d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre reçus au niveau des sites de soins communautaires
5	Proportion de personnes hospitalisées pour paludisme grave ayant reçu un traitement correct dans les établissements de soins	<b>Numérateur:</b> nombre de personnes admises en milieu hospitalier pour paludisme grave qui ont reçu un traitement correct et un traitement de soutien conformément à la politique nationale de traitement du paludisme (quinine ou artésunate injectables) <b>Dénominateur:</b> nombre total de personnes admises dans les établissements de soins pour paludisme grave
6	Proportion de cas de paludisme grave confirmés par rapport à tous les cas de paludisme confirmés	<b>Numérateur:</b> nombre total de cas de paludisme grave confirmés <b>Dénominateur:</b> nombre total de cas de paludisme confirmés
7	Pourcentage de cas de paludisme simple confirmés qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale	<b>Numérateur:</b> nombre de cas de paludisme simple confirmés vus en consultation dans les formations sanitaires et dans les sites de soins communautaires qui ont reçu un traitement correct avec une CTA conformément à la politique nationale <b>Dénominateur:</b> nombre total de cas de paludisme simple confirmés par TDR ou microscopie
8	Proportion de laboratoires présentant des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour diagnostic du paludisme par la microscopie	<b>Numérateur:</b> nombre de laboratoires dont les performances de diagnostic du paludisme par la microscopie sont satisfaisantes après évaluation externe <b>Dénominateur:</b> nombre total de laboratoires fonctionnels enquêtés

N°	Nom de l'indicateur	Information clé pour le calcul des indicateurs
9	Proportion des formations sanitaires (FOSA) présentant des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour le TDR	<b>Numérateur:</b> nombre de CS et de postes de santé présentant des performances satisfaisantes pour le diagnostic du paludisme par le TDR après une évaluation externe <b>Dénominateur:</b> nombre total de CS et de postes de santé ayant intégré la réalisation des TDR pour le diagnostic du paludisme enquêtés
10	Pourcentage d'hôpitaux généraux de référence capables de confirmer le diagnostic du paludisme conformément à la politique nationale	<b>Numérateur:</b> nombre d'hôpitaux généraux de référence disposant d'un technicien de laboratoire formé, d'un microscope approprié et de réactifs pour le diagnostic du paludisme par la microscopie <b>Dénominateur:</b> nombre total des hôpitaux généraux de référence enquêtés
11	Pourcentage de CS capables de confirmer le diagnostic du paludisme conformément à la politique nationale	<b>Numérateur:</b> nombre de CS disposant de TDR et d'un professionnel de santé formé à l'utilisation des tests TDR <b>Dénominateur:</b> nombre de centres de santé enquêtés

Tableau 2b.6: Préparation et réponse aux épidémies de paludisme et situations d'urgence

N°	Nom de l'indicateur	Information clé pour le calcul des indicateurs
1	Pourcentage des épidémies de paludisme ayant fait l'objet de détection et de riposte appropriée dans les deux semaines qui ont suivi leur apparition.	<b>Numérateur:</b> nombre d'épidémies survenues au cours des 12 derniers mois détectées, et pour lesquelles des mesures appropriées de riposte sont intervenues dans le délai recommandé <b>Dénominateur:</b> nombre d'épidémies de paludisme rapportées au cours des 12 derniers mois

Tableau 2b.7: Communication pour le changement de comportement (CCC)

N°	Nom de l'indicateur	Information clé pour le calcul des indicateurs
1	Pourcentage de chefs de ménage qui sont capables de citer au moins deux moyens de prévention du paludisme.	<b>Numérateur:</b> nombre de chef de ménage qui ont cité au moins deux moyens de prévention du paludisme <b>Dénominateur:</b> nombre total des chefs de ménages enquêtés
2	Pourcentage de mères/gardiens d'enfants qui sont capables de reconnaître au moins deux signes de danger du paludisme chez un enfant fébrile de moins de 5 ans	<b>Numérateur:</b> nombre de mères/gardiens d'enfants qui ont reconnu au moins deux signes de danger du paludisme/fièvre pouvant survenir chez l'enfant de moins de 5 ans <b>Dénominateur:</b> nombre total des mères/gardiens d'enfants enquêtés
3	Pourcentage d'enfants en âge scolaire qui sont capables de citer au moins deux moyens de prévention du paludisme	<b>Numérateur:</b> nombre d'enfants en âge scolaire qui ont cité au moins deux moyens de prévention du paludisme <b>Dénominateur:</b> nombre total d'enfants en âge scolaire enquêtés

Tableau 2b.8: Renforcement des capacités des structures de coordination du PNLP

N°	Nom de l'indicateur	Information clé pour le calcul des indicateurs
1	Pourcentage de personnel PNLP formé	<b>Numérateur:</b> nombre de personnel du PNLP formé <b>Dénominateur:</b> nombre total de personnel à former

Tableau 2b.9: Gestion des achats et des stocks (GAS)

N°	Nom de l'indicateur	Information clé pour le calcul des indicateurs
1	Pourcentage de structures sanitaires sans rupture de stocks de médicaments ou produits antipaludiques de plus d'une semaine dans les trois derniers mois au niveau des ZS*	<b>Numérateur:</b> nombre de structures sanitaires sans rupture de stocks en médicaments ou produits antipaludiques de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois <b>Dénominateur:</b> nombre total de structures sanitaires concernées
2	Pourcentage de structures sanitaires sans rupture de stocks d'ACT de plus d'une semaine dans les trois derniers mois au niveau des ZS	<b>Numérateur:</b> nombre de structures sanitaires sans rupture de stocks d'ACT de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois <b>Dénominateur:</b> nombre total de structures sanitaires concernées
3	Pourcentage de structures sanitaires sans rupture de stocks de d'artesunate injectable de plus d'une semaine dans les trois derniers mois au niveau des ZS	<b>Numérateur:</b> nombre de structures sanitaires sans rupture de stocks en de d'artesunate injectable de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois <b>Dénominateur:</b> nombre total de structures sanitaires concernées
4	Pourcentage de structures sanitaires sans rupture de stocks de quinine injectable de plus d'une semaine dans les trois derniers mois au niveau des ZS	<b>Numérateur:</b> nombre de structures sanitaires sans rupture de stocks en de quinine injectable de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois <b>Dénominateur:</b> nombre total de structures sanitaires concernées
5	Pourcentage de structures sanitaires sans rupture de stocks de SP de plus d'une semaine dans les trois derniers mois au niveau des ZS	<b>Numérateur:</b> nombre de structures sanitaires sans rupture de stocks de SP de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois <b>Dénominateur:</b> nombre total de structures sanitaires concernées
6	Pourcentage de structures sanitaires sans rupture de stocks de TDR de plus d'une semaine dans les trois derniers mois au niveau des ZS	<b>Numérateur:</b> nombre de structures sanitaires sans rupture de stocks de TDR de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois <b>Dénominateur:</b> nombre total de structures sanitaires concernées
7	Pourcentage de structures sanitaires sans rupture de stocks de MILDA (en distribution de routine) de plus d'une semaine dans les trois derniers mois au niveau des ZS	<b>Numérateur:</b> nombre de structures sanitaires sans rupture de stocks de MILDA (en distribution de routine) de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois <b>Dénominateur:</b> nombre total de structures sanitaires enquêtées

\* Médicaments et produits antipaludiques du paquet minimum d'activités de lutte antipaludique (CTA, artesunate injectable, quinine, TDR, SP et MILDA de routine) pour les formations sanitaires de 1<sup>er</sup> échelon y compris ceux du PCA (artesunate injectable et quinine injectable) pour les structures de référence.

Tableau 2b.10: Renforcement du système de suivi et d'évaluation

N°	Nom de l'indicateur	Information clé pour le calcul des indicateurs
1	Proportion d'établissements de santé soumettant des rapports complets dans les délais souhaités, conformément aux directives nationales	<b>Numérateur:</b> nombre d'établissements de santé qui ont entièrement complété et transmis tous les rapports demandés dans les délais souhaités, conformément aux directives nationales <b>Dénominateur:</b> nombre d'établissements de santé concernés
2	Pourcentage de ZS ayant transmis leurs rapports trimestriels complets dans les délais au niveau provincial	<b>Numérateur:</b> nombre de ZS ayant transmis des rapports trimestriels complets dans les délais au niveau provincial <b>Dénominateur:</b> nombre total de ZS concernées
3	Pourcentage de provinces ayant transmis dans les délais leurs rapports trimestriels complets au niveau central	<b>Numérateur:</b> nombre de provinces ayant transmis dans les délais leurs rapports trimestriels complets au niveau central <b>Dénominateur:</b> nombre total des provinces concernées

Tableau 2C: Indicateurs de processus

N°	Nom de l'indicateur	Information clé pour le calcul des indicateurs
1	Nombre de MILDA distribuées lors des campagnes de distribution de masse	Nombre total de MILDA distribuées aux ménages lors des campagnes organisées dans les provinces
2	Proportion d'enfants ayant reçu une MILDA lors des CPS	<b>Numérateur:</b> nombre d'enfants de moins d'un an ayant bénéficié d'une MILDA lors des CPS dans les ZS <b>Dénominateur:</b> nombre total d'enfants de moins de 5 ans reçus lors des CPS
3	Proportion des femmes enceintes ayant reçu une MILDA lors des CPN	<b>Numérateur:</b> nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une MILDA au cours des visites de CPN <b>Dénominateur:</b> nombre de femmes enceintes ayant passé au moins une visite de CPN au cours de l'année
4	Nombre de prestataires recyclés en CPN recentrée sur le TPI dans les ZS	Nombre total des prestataires recyclés en CPN recentrée
5	Proportion de tests de diagnostic du paludisme positifs	<b>Numérateur:</b> nombre de cas de paludisme confirmés par un diagnostic biologique (microscopie ou TDR) <b>Dénominateur:</b> nombre des cas suspects de paludisme testés
6	Nombre de personnel de santé formé/ recyclé sur la PEC du paludisme dans les ZS	Nombre total de personnel de santé formé/recyclé sur la PEC

N°	Nom de l'indicateur	Information clé pour le calcul des indicateurs
7	Nombre de techniciens de laboratoire recyclés sur la microscopie et les TDR.	Nombre total techniciens de laboratoire recyclés sur la microscopie et les TDR
8	Nombre de relais communautaires formés/ recyclés dans la PEC du paludisme dans les ZS	Nombre total de relais communautaires formés/recyclés dans la PEC du paludisme
9	Nombre de gouttes épaisses (GE) réalisées dans les structures sanitaires des ZS	Nombre total de GE réalisées
10	Nombre de TDR réalisés dans les structures sanitaires des ZS	Nombre total de TDR réalisés
11	Nombre de cas de paludisme simple ayant reçu un traitement correct dans les ZS	Nombre total de cas de paludisme simple ayant reçu un traitement antipaludique
12	Nombre de cas du paludisme admis dans les structures sanitaires des ZS	Nombre total de cas du paludisme admis dans les structures sanitaires
13	Nombre de décès dus au paludisme	Nombre total de décès dus au paludisme
14	Nombre de spots télé et radio diffusés sur le paludisme	Nombre total de spots télé et radio diffusés sur le paludisme
15	Nombre de personnes formées sur la gestion du système national d'information sanitaire (SNIS)	Nombre total de personnes formées sur la gestion du SNIS
17	Nombre de ZS ayant reçu au moins une visite de supervision du niveau provincial dans un trimestre.	Nombre total de ZS ayant reçu au moins une visite de supervision du niveau provincial dans un trimestre
18	Nombre de coordinations provinciales ayant reçu au moins une supervision du niveau central dans un trimestre	Nombre total de coordinations provinciales ayant reçu au moins une supervision du niveau central dans un trimestre

## 6 CADRE DE PERFORMANCE

### 6.1 Introduction

Le cadre de performance circonscrit les indicateurs qui serviront de base pour l'apprécier l'état d'avancement des activités de lutte contre le paludisme en RDC, juger le niveau de performance de couverture réalisée et mesurer l'impact à travers un système de suivi et d'évaluation du PNLP. Il détermine les valeurs de base au regard des indicateurs de couverture et d'impact. Il précise également les cibles visées durant la période d'exécution du plan stratégique.

### 6.2 Indicateurs et Niveau de Performance

Tableau 3: Indicateurs, valeur de base et cible

Items	Indicateurs	Données de base			Cible			Source	Méthode	Responsable
		Valeur (%)	Année	Source	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)			
<b>Buts, Objectifs généraux</b>	<b>Indicateurs d'impact</b>									
But: Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la RDC par la réduction du fardeau humain et socio-économique dus au paludisme	Taux de mortalité, toutes causes confondues, chez les enfants de moins de 5 ans	158	2010	MICS	110	95	79	EDS, Enquêtes sur les indicateurs du paludisme (EIP)	Enquêtes	MIN PLAN, PNLP/ INS
OG: Réduire de 50,0% la mortalité spécifique due au paludisme dans les formations sanitaires d'ici fin 2015 par rapport aux données de 2010	% de décès attribués au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	19	2011	LIST UNICEF	18	14	9,5	SNIS	Enquêtes	PNLP
	% de décès attribués au paludisme dans les formations sanitaires	32	2012	PNLP	32	24	16	SNIS/PNLP	SIS de routine	PNLP
	Létalité hospitalière liée au paludisme	2,5	2012	PNLP	2,5	2	1	SNIS/PNLP	SIS de routine	PNLP

Items	Indicateurs	Données de base			Cible			Source	Méthode	Responsable
		Valeur (%)	Année	Source	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)			
OG: Réduire la morbidité liée au paludisme de 25,0% d'ici fin 2015 par rapport aux données de 2010	% enfants de moins de 5 ans avec fièvre	27	2010	MICS	27	24	20	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNLP/INS
	% enfants 6–59 mois avec un test de diagnostic positif	20	2008	EIP/ESP	17	16	15	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNLP/INS
	% de cas de paludisme parmi les NC dans les formations sanitaires	38	2012	PNLP	35	33	30	SNIS/PNLP	SIS de routine	PNLP
<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Indicateurs de résultats et indicateurs d'effet</b>									
OS1: Amener au moins 80,0% des personnes à risque de paludisme à dormir sous une MILDA	% des ménages possédant au moins une MILDA	51	2010	MICS	51	70	80	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNLP/INS
	% d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une MILDA	38	2010	MICS	38	60	80	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNLP/INS
	% des femmes enceintes qui dorment sous une MILDA	43	2010	MICS	43	60	80	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNLP/INS
	% de personnes de ménages qui utilisent une MILDA	ND	–	–	–	60	80	EIP	Enquêtes	PNLP/INS
OS2: Pulvériser au moins 80,0% des maisons dans les aires d'intervention avec des insecticides à effet rémanent	% de ménages ayant reçu une PID pendant les 12 mois précédents	ND	–	–	60	70	80	EIP	Enquêtes	PNLP/INS
OS3: Administrer le TPI à au moins 80,0% des femmes enceintes conformément aux directives nationales	% des femmes enceintes qui ont bénéficié du TPI conformément à la politique nationale	21	2010	MICS	21	60	80	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNLP/INS

Items	Indicateurs	Données de base			Cible			Source	Méthode	Responsable
		Valeur (%)	Année	Source	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)			
OS4: Administrer le TPI à au moins 80,0% des nourrissons dans les zones d'interventions	% des nourrissons qui ont bénéficié d'un TPI dans les zones d'intervention	ND	–	–	ND	40	60	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNL/INS
OS5: Confirmer au moins 80,0% des cas suspects de paludisme vus dans les FOSA intégrées et dans la communauté par la GE ou le TDR	% d'enfants de moins de 5 ans avec une fièvre qui ont subi une piqûre au doigt ou au talon pour le diagnostic du le paludisme.	17	–	–	ND	50	80	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNL/INS
OS6: Traiter tous les cas conformément aux directives nationales à tous les échelons de la pyramide sanitaire, y compris dans la communauté	% enfants de moins de 5 ans avec une fièvre et qui ont reçu une CTA	2,7	2010	MICS	2,7	25	50	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNL/INS
	% d'enfants < 5 ans ayant bénéficié d'une confirmation biologique du paludisme et qui ont reçu une CTA	ND	–	–	50	75	100	EDS, EIP	Enquêtes	MINPLAN, PNL/INS
OS7: Maîtriser au moins 80,0% des épidémies dues au paludisme conformément aux directives nationales	% d'épidémies de paludisme ayant fait l'objet de détection précoce et de riposte dans les 15 jours	25	2012	Rapport/PNL/INS	–	60	80	SNIS/Rapport PNL/INS	SIS de routine	PNLP, DLM
OS8: Décaisser 100% des fonds alloués au PNL/INS dans le budget de la Santé	% de fonds décaissés	0	–	–	<1	80	100	Rapport/PNL/INS	Revue	PNLP
OS9: Amener au moins 80,0% de la population à adopter des comportements favorables	% de chef de ménages qui sont capables de reconnaître au moins deux moyens de prévention du paludisme	ND	–	–	60	70	80	EIP	Enquêtes	PNLP/INS

Items	Indicateurs	Données de base			Cible			Source	Méthode	Responsable
		Valeur (%)	Année	Source	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)			
à la lutte contre le paludisme	% de mères et gardiens d'enfants qui sont capables de reconnaître au moins deux signes de danger chez un enfant fébrile de moins de 5 ans	49,3	2010	EIP/ESP	60	70	80	EIP	Enquêtes	PNLP/INS
	% d'enfants d'âge scolaire qui sont capables de reconnaître au moins deux moyens de prévention du paludisme	ND	–	–	60	70	80	EIP	Enquêtes	PNLP/INS
OS10: Rendre disponible de façon permanente les médicaments et autres produits antipaludiques dans au moins 80,0% des structures sanitaires intégrées	% de structures sanitaires sans ruptures de stocks de médicaments et produits antipaludiques de plus d'une semaine au cours des trois derniers mois dans les ZS	64	2012	Rapport/PNLP	70	75	80	SNIS/Rapport PNLP	SIS de routine	PNLP, DLM
OS11: Réaliser au moins 80,0% des sujets de recherches opérationnelles planifiés	% de sujets de recherche réalisés	ND	–	–	60	70	80	Rapport PNLP	Revue	PNLP/INS
OS12: Amener au moins 95,0% des ZS à transmettre régulièrement les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme	Taux de complétude des rapports d'activités du PNLP	87	2012	Rapport/PNLP	90	93	95	SNIS/Rapport PNLP	SIS de routine	PNLP, DSNIS
	Taux de promptitude dans la soumission des rapports d'activités complets des ZS concernant les activités de lutte contre le paludisme	ND	–	–	90	93	95	SNIS/Rapport PNLP	SIS de routine	PNLP, DSNIS

## **7 PROCEDURES OPERATIONNELLES DU SUIVI ET EVALUATION DU PROGRAMME**

Sur le plan opérationnel, la mise en œuvre du suivi et de l'évaluation des activités du plan stratégique s'intègre au cadre organisationnel du Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Les procédures opérationnelles portent sur la collecte des données, la supervision, le système de transmission, l'assurance qualité des données, la validation, la compilation et l'analyse des données.

### **7.1 Collecte des Données**

La collecte des données se fera par trois voies: la collecte de routine des données à travers les structures de santé, la collecte de données du processus de la campagne et les enquêtes ou études.

Le système de collecte des données s'aligne sur le SNIS à travers les différentes structures de la pyramide sanitaire.

#### ***7.1.1 Collecte des Données de Routine***

##### **a. Au niveau périphérique**

Les données seront collectées au niveau de la communauté, des centres de santé, des centres de santé de référence (CSR) et de l'Hôpital général de référence (HGR).

##### ***a.1 Au niveau de la communauté***

Les données relatives aux activités des sites des soins communautaires seront collectées par les relais communautaires formés sur la prévention et la prise en charge des cas du paludisme au niveau communautaire.

A ce niveau, les données seront collectées sur des outils de collecte simplifiés du SNIS, le rapportage des données mensuelles se fera manuellement sur un canevas simplifié conçu à cet effet et fournira des renseignements sur les indicateurs de base. Les sites transmettent ensuite leurs rapports au Centre de Santé (CS).

##### ***a.2 Au niveau des Centre de Santé***

Les données seront obtenues à partir des différents outils de collecte de données de routine du SNIS: registres, fiche de consultation, fiches de stock, rapport SNIS ou formulaire I du PNLP. Les rapports mensuels comprenant les données communautaires (synthèse des données des sites communautaires) et sanitaires seront élaborés à partir de canevas SNIS par l'infirmier titulaire et transmis au niveau du Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS). Un guide de remplissage pour chaque outil de collecte et de synthèse des données sera élaboré et expliqué dans les détails pendant les formations et les supervisions.

Il s'agira de faire le bilan des activités, d'identifier les difficultés et les besoins à travers le canevas du SNIS qui sera intégré et amélioré à cet effet.

Le CS responsable de l'aire de santé collectera les données provenant des structures sanitaires satellites sous sa responsabilité. Ces structures sanitaires auront des outils du SNIS à leur disposition et le personnel bénéficiera d'un renforcement de capacité après une contractualisation avec le BCZS.

#### a.3 Au niveau des structures de références

Les données au niveau des HGR et CSR seront collectées à partir des outils du SNIS, notamment les registres de consultations, les fiches de consultation, les fiches et registres d'hospitalisation, les registres de laboratoire, rapport SNIS ou le formulaire II du PNLP.

Pour le rapportage mensuel, chaque entité compile les données, les analysera et élaborera son rapport à partir des canevas du SNIS et le transmet au BCZS.

#### a.4 Au niveau des BCZS

Le BCZS collecte les données en provenance des différentes aires de santé (AS) (Formulaire I du PNLP) et de l'HGR (Formulaire II du PNLP). La synthèse des données se fera manuellement sur des canevas conçus à cet effet (Formulaire III du PNLP). Les données seront également informatisées à l'aide des logiciels de gestion (GESIS) et/ou du logiciel DHIS 2.0. Les données seront validées lors de la revue de monitoring avec les infirmiers titulaires avant d'être compilées et postées sur le site web du Ministère de la Santé publique. Tous les niveaux hiérarchiques pourront y accéder pour exploitation.

### **b. Au niveau intermédiaire**

Les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) à travers les Bureaux de Coordination Provinciale du PNLP centraliseront les rapports des différentes ZS, vérifieront les données, les compileront, les valideront et les transmettront au niveau central (PNLP). La compilation et la synthèse se feront sur les logiciels de gestion (GESIS) et/ou DHIS 2.0. Cette activité sera menée par un agent de la DPS spécialisé en suivi et évaluation.

### **c. Au niveau central**

Le niveau central est représenté par la 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> Direction et le PNLP. C'est le niveau national où tous les rapports des provinces seront consolidés après vérification et validation. La compilation et la gestion des données seront fait à partir des logiciels de gestion (GESIS) et/ou DHIS 2.0.

#### **7.1.2 Collecte des Données des Campagnes de Distribution des MILDA**

Les données collectées au niveau des ménages par des enquêteurs formés et au niveau des sites de distribution seront transmises au CS où pour être compilées. Après vérification, les données seront transmises au BCZS.

La compilation des données sera faite sur la base d'un modèle préalablement fourni par le PNLP, et les données seront traitées sur Excel pour faciliter la gestion à chaque niveau. Ainsi, la ZS et l'AS constitueront le premier maillon de l'élaboration de la base des données de la campagne.

Au niveau central, le PNLP organisera le nettoyage et la vérification des données des provinces.

### 7.1.3 Collecte des Données des Enquêtes et Etudes

Plusieurs études et enquêtes seront menées afin d'alimenter et renforcer le système de suivi et d'évaluation. Ces études et enquêtes permettront d'évaluer l'impact des interventions et de proposer des recommandations pour l'amélioration des performances du programme contre le paludisme.

## 7.2 Compilation et Analyse des Données

Les données collectées au niveau des structures des soins seront compilées dans la base de données informatisée (GESIS/DHIS 2.0) au niveau du BCZS.

La compilation et l'analyse des données provenant des AS et des HGR seront faites mensuellement par l'équipe cadre de la ZS.

Au niveau de la DPS, les données seront compilées, analysées puis transmises mensuellement au niveau central pour être compilées et analysées trimestriellement par le PNLP national. Ces données seront partagées avec toutes les parties prenantes de la lutte contre le paludisme.

## 7.3 Validation des Données

Les données collectées, compilées et analysées seront validées au niveau de la ZS lors des réunions de monitoring mensuelles (tableau 4). Au niveau intermédiaire et national, les réunions de validation se tiendront trimestriellement. En outre, une revue annuelle de validation des données impliquant toutes les parties prenantes au niveau national et provincial sera organisée.

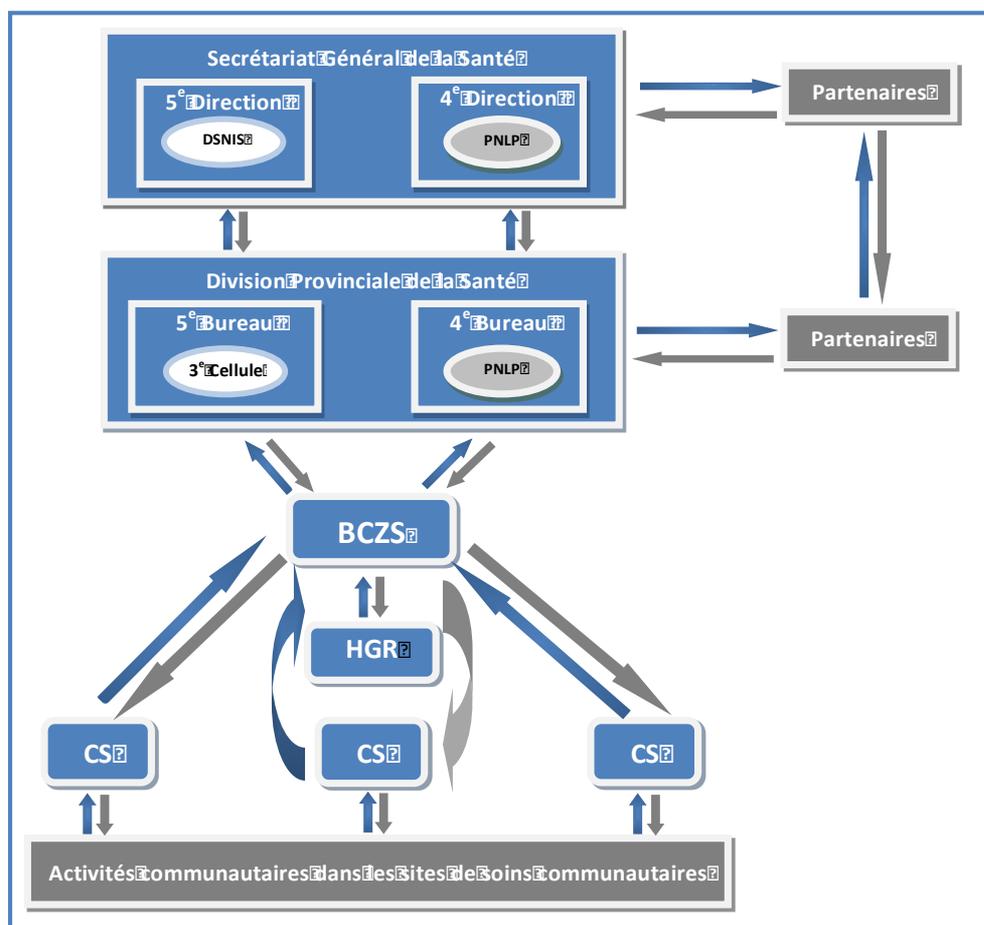
Tableau 4: Mécanismes et fréquence de la validation des données selon les structures

Structure	Mécanisme	Fréquence
Structures sanitaires	Réunion mensuelle	Mensuelle
BCZS	Réunion mensuelle	Mensuelle
PNLP provincial	Réunion mensuelle	Mensuelle
PNLP central	Réunion mensuelle	Mensuelle

## 7.4 Transmission des Données

Toutes les données seront transmises mensuellement par les structures sanitaires au BCZS pour compilation et validation lors des revues mensuelles. La ZS transmettra mensuellement les données à la Division Provinciale de la Santé (DPS). Au niveau intermédiaire, les données provenant des ZS seront compilées par la DPS à l'aide des logiciels GESIS et DHIS 2.0, puis exportées vers le niveau national où elles serviront à l'élaboration des rapports trimestriels du PNLP.

Figure 3: Circuit de transmission de l'information sanitaire



## 7.5 Rôle des différents acteurs dans la gestion des données

Le rôle des différents acteurs de la gestion des données dans le cadre du plan de suivi et d'évaluation sont présentés dans le tableau suivant (tableau 5).

Tableau 5: Rôle des acteurs selon le niveau de responsabilité

Organisation	Compilation	Validation	Transmission	Rétro information
<b>Structures sanitaires (CS)</b>	Infirmier titulaire	Infirmier titulaire pour les CS	Infirmier titulaire pour les CS	Infirmier titulaire pour les CS
<b>Structures sanitaires (HGR)</b>	Directeur de Nursing	Médecin Directeur	Médecin Directeur	Médecin Directeur
<b>BCZS</b>	Infirmier Superviseur	Médecin chef de zone	Médecin chef de zone	Médecin chef de zone
<b>PNLP provincial</b>	Data manager	Chef de Service PNLP	Chef de Service PNLP	Médecin Inspecteur Provincial
<b>PNLP central</b>	Chef de Division suivi-évaluation	Directeur PNLP	Directeur PNLP	Directeur PNLP

Il faut noter qu'au niveau du BCZS, il n'y a aucune personne dévouée uniquement à la gestion des données du PNLP.

## 7.6 Supervision

La supervision est un processus qui consiste à observer, guider, instruire et encourager l'initiative du personnel et faire des constatations objectives afin d'améliorer les performances. Le tableau 6 présente les acteurs par niveau de supervision.

Tableau 6: Répartition des différents acteurs par niveau de supervision

Superviseurs	Supervisés
PNLP niveau central	PNLP provincial
PNLP provincial	Equipe cadre de ZS
Equipe cadre de ZS	Equipe du CS/HGR
Infirmier titulaire	Relais communautaire

L'exploitation des rapports de supervision permettra au Ministère de la santé publique et autres partenaires d'avoir une bonne vision de l'évolution des activités et d'orienter les acteurs dans le sens de la réalisation des objectifs.

Avant l'exécution des supervisions, les activités suivantes doivent être réalisées:

- Produire et diffuser les fiches de supervision adaptées à chaque niveau
- Former le personnel à tous les niveaux en techniques de supervision intégrée

Les activités de supervision seront réalisées de manière diagonale, par la prise en compte des programmes connexes au PNLN du niveau central vers le niveau intermédiaire, et de manière intégré du niveau intermédiaire vers le niveau périphérique et de l'ECZS vers les structures de soins. La fréquence des visites de supervision sur le terrain se présente comme suit:

- Tous les 3 mois, du niveau central vers le niveau intermédiaire (provinces)
- Tous les 3 mois, du niveau intermédiaire vers le niveau périphérique (zones de santé)
- Chaque mois, du BCZS vers les structures de soins
- Chaque mois, des structures sanitaires vers les structures communautaires

Les rapports de supervision doivent être élaborés et transmis au niveau hiérarchique direct et au supervisé dans les 2 semaines qui suivent la visite de supervision. L'accent sera mis sur les points forts, les points faibles des structures visitées, et les recommandations et suggestions d'actions à mener.

## 7.7 Assurance Qualité des Données

Un système d'évaluation de routine de la qualité des données (*Routine Data Quality Assessment-RDQA*) sera introduit pour le contrôle de qualité des données utilisées par le Ministère de la Santé publique. Il sera mis en œuvre par le niveau provincial avec l'appui des services centraux de la *Division du Développement des soins de santé primaires*.

▪ *Objectifs*

Le RDQA aura pour objectifs:

- d'Évaluer la qualité, la précision, la promptitude et la complétude de rapportage des données à tous les niveaux du système d'information
- de Vérifier l'exactitude, l'exhaustivité; la validité des données rapportées
- de Renforcer les capacités en monitoring

▪ *Méthode*

Chaque trimestre, trois provinces seront retenues pour bénéficier du RDQA et dans chaque province 10 à 20,0% des ZS appuyées seront identifiées par tirage aléatoire simple. Le nombre de ZS retenues par province sera proportionnel au nombre de zones que compte chaque province. On limitera le nombre de ZS à enquêter par trimestre à 10 au maximum. Au sein de chaque ZS trois sites de prestations seront identifiés (un plus proche du BCZS, un site moins éloigné et un site plus éloigné mais accessible).

Les deux protocoles du RDQA seront administrés dans chacune des provinces et des zones de santé jusqu'aux sites retenus. Cette activité a pour objectif d'assurer la vérification des données, la qualité de la gestion des données et du système de rapportage.

Trois niveaux seront essentiellement audités:

- Les sites de prestation des soins (CS, CSR et HGR)
- Les ZS comme niveau d'agrégation des données
- Les unités de suivi et d'évaluation des bureaux provinciaux en charge du développement des soins de santé primaires et les structures provinciales de coordination du PNL

Le contrôle de la qualité des données s'intéressera prioritairement aux indicateurs clés retenus dans ce plan.

A la fin de l'activité, un plan d'action basé des faiblesses relevées sera élaboré par province afin de renforcer la gestion des données et le système de transmission, et améliorer la qualité des données.

La qualité des données sera appréciée aussi à travers l'utilisation des outils du système de suivi et d'évaluation développé par MEASURE Evaluation et par des vérifications au niveau des sites (l'OSDV) en collaboration avec l'agent financier local du Fonds Mondial.

Les documents présentés ci-dessous (tableau 7) serviront au contrôle des données.

Tableau 7: Sources de vérification des données

AU NIVEAU DE L'AIRES DE SANTE	AU NIVEAU DE L'HOPITAL	AU BCZS
Rapport SNIS	Rapport SNIS	Rapport SNIS de la ZS
Les fiches de consultation curative	Les fiches de consultation curative	Fiches des stocks
Les registres de consultation curative	Les fiches d'hospitalisation	Bordereaux d'expédition
Fiches de consultation préscolaire	Les registres de consultation curative	Procès verbaux de de réception
Registres de consultation préscolaire	Registres d'hospitalisation	Rapports d'activités: formation, supervision
Fiches de consultation prénatale	Fiches de consultation préscolaire	Plan de distribution des intrants
Registre de consultation prénatale	Registres consultation préscolaire	Rapports SNIS des CS et HGR
Les registres de laboratoire	Fiches de consultation prénatale	Rapports de distribution des MILDA des campagnes de masse et de routine
Fiches de stock	Registres de consultation prénatale	Fiches d'inventaire
Fiches d'inventaire	Les registres de laboratoire	
Registre d'Utilisation de Médicaments Essentiels et Recettes (RUMER)	Fiches de stocks	
Fiches de pointage	Fiches d'inventaire	
Registres de distribution des moustiquaires	RUMER	
Bordereaux de livraison	Procès verbaux de réception	
Procès verbaux de réception	Fiches de pointage	
Rapport de distribution des moustiquaires		

▪ *Ressources*

Une équipe nationale d'auditeurs constituée des cadres des unités de suivi et d'évaluation des directions et programmes ainsi que des partenaires sera mise en place. Des missions conjointes seront intégrées aux visites de supervision et de suivi et d'évaluation déjà prévues du niveau central vers les provinces. Les partenaires devront toujours être accompagnés des représentants du gouvernement congolais.

## 8 COORDINATION DU SYSTEME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Dans le souci d'une harmonisation des activités de suivi et d'évaluation, des réunions impliquant toutes les parties prenantes seront organisées à différents niveaux (tableau 8).

Au niveau national, la coordination sera assurée par l'unité de suivi et d'évaluation du PNLP à travers la tenue des réunions trimestrielles des groupes thématiques de suivi et d'évaluation impliquant tous les responsables du suivi et de l'évaluation. Ces réunions devront contribuer à la synchronisation des activités de suivi et d'évaluation des différentes parties prenantes et au suivi de la mise en œuvre du plan de suivi et d'évaluation. Au niveau provincial, la coordination sera assurée par le PNLP à travers des réunions mensuelles impliquant tous les acteurs de mises en œuvre.

Tableau 8: Responsabilités et rôles à différents niveaux

RESPONSABLES	ROLES
<b>Niveau central</b>	
Direction du programme	Piloter et coordonner les activités de suivi et d'évaluation à l'échelle nationale
Division de suivi et d'évaluation (coordination centrale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborer le plan de suivi et d'évaluation ainsi que les outils de collecte des données</li> <li>Veiller au bon fonctionnement de l'unité de suivi et d'évaluation</li> <li>Apporter l'appui nécessaire aux provinces dans la maîtrise des outils de collecte, le traitement et l'analyse des données</li> <li>Assurer la mise en place, la gestion et l'exploitation d'une base de données Faire Reculer le Paludisme (FRP)</li> <li>Coordonner la supervision des activités de lutte contre le paludisme au niveau provincial</li> </ul>
<b>Niveau provincial</b>	
Service provincial en charge de la lutte contre le paludisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appuyer les équipes cadre de zones de santé (ECZS) dans la mise en place du système d'information lié au programme de lutte contre le paludisme</li> <li>Recevoir les rapports des ZS à travers les districts sanitaires sur les activités de lutte contre le paludisme</li> <li>Traiter les rapports des ZS</li> <li>Assurer la transmission des rapports au niveau central</li> <li>Assurer la rétro information à la base et le suivi des activités planifiées au niveau provincial</li> </ul>
<b>Niveau périphérique</b>	
Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appuyer les structures des soins de santé dans la mise en place du système d'information lié au programme de lutte contre le paludisme</li> <li>Recevoir les rapports des structures sanitaires et des sites des soins communautaires</li> <li>Traiter les rapports des aires de santé</li> <li>Assurer la transmission des rapports au niveau hiérarchique.</li> <li>Assurer la rétro information et le suivi des activités planifiées à la base</li> </ul>

## **9 COMPOSANTES DE SUIVI DU PROGRAMME**

Le système de suivi du PNLP est consensuel, répondant aux besoins d'information de toutes les parties prenantes dans la lutte contre le paludisme.

Il se doit d'être efficace, simple, flexible, intégré, décentralisé, uniforme et orienté vers l'action utilisant des outils standardisés de collecte et d'analyse d'informations.

Le système de suivi de routine se fonde principalement sur les indicateurs relatifs aux intrants, au processus, aux extrants et aux données épidémiologiques de la maladie. Il est intégré dans le système national d'information sanitaire du Ministère de la Santé Publique et piloté par la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM), la Direction du Développement des Soins de Santé Primaires (DDSSP) et la coordination de la Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfance (PCIME). Il tient compte de la collecte des données tant au niveau communautaire qu'au niveau des structures sanitaires. Au regard de l'intégration de nouveaux produits de la lutte contre le paludisme et de la problématique de leur qualité sur le marché, un accent particulier sera mis sur la pharmacovigilance et le contrôle de qualité des médicaments. Un dispositif sera mis sur pied sous la responsabilité de la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des plantes médicinales (DPM) en s'appuyant sur l'utilisation des outils appropriés. Le plan de suivi s'intéresse à plusieurs composantes décrites dans les sections suivantes.

### **9.1 Le Système de Suivi Communautaire**

Un suivi continu sera établi pendant le déroulement des activités de soins curatifs, préventifs et promotionnels au niveau communautaire en vue de garantir une bonne exécution des activités fixées par le CS en collaboration avec la communauté. Le suivi de détecter à temps d'éventuels problèmes et d'apporter les mesures de correction nécessaires. Le suivi sera réalisé par les relais communautaires. Les relais communautaires devront enregistrer systématiquement et quotidiennement leurs activités à l'aide de fiches ad hoc contenues dans leur livret. La synthèse de ces fiches sera transmise, d'une part à l'infirmier titulaire du CS et d'autre part à la cellule d'animation communautaire dont l'une des fonctions consiste à consolider les données.

### **9.2 Système National d'Informations Sanitaires/Soins de Santé Primaires**

Le système consiste à une collecte régulière des données au niveau des structures sanitaires. Les structures sanitaires transmettent les données au niveau hiérarchique immédiat sous forme de rapports mensuels d'activités. Le système repose sur le SNIS, qui se met progressivement en place à l'échelle nationale. A ce titre, on utilisera les différents canevas de compilation et de transmission des données, tels que conçus par la DDSSP et adaptés par les différentes provinces. Les outils en annexe constituent un modèle standard à adapter avec des éléments additionnels spécifiques aux besoins en information de chaque province du pays.

### **9.3 Système National d'Informations Sanitaires/Surveillance Intégrée de la Maladie**

La surveillance épidémiologique collecte des données pour la description et l'analyse des événements sanitaires. Elle fournit également des renseignements et la capacité nécessaires pour la détection précoce des épidémies, renforçant ainsi la préparation aux situations d'urgence. La RDC possède un système de surveillance intégré piloté par la DLM sur lequel s'aligne le PNLP.

La stratégie de surveillance intégrée et de riposte de la maladie est soucieuse de l'utilisation rationnelle des ressources consacrées à la lutte contre les maladies. La notification des cas de maladies à potentiel épidémique et des décès se fait hebdomadairement, ou quotidiennement pour quelques maladies hautement contagieuses. Les outils développés par la DLM, et dont les modèles sont présentés en annexe seront utilisés pour la notification des épidémies de paludisme.

### **9.4 Le système de surveillance « Faire Reculer le Paludisme » à Travers les Sites Sentinelles du PNLP**

De nombreux programmes d'intervention disposent d'un système de surveillance complémentaire pour la collecte des données non couvertes par le système de routine ou la collecte des données fiables au cas où le système de routine ne permet pas de disposer de telles données. Au fil des années, chaque programme s'est efforcé à renforcer sa capacité à obtenir les données nécessaires pour fournir des informations ponctuelles, fiables et utiles pour la prise de décisions et la planification des actions sanitaires.

Le PNLP et ses partenaires ont élaboré un plan de surveillance de type sentinelle dans le but de suivre les principales tendances liées aux interventions de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » sur un champ restreint et fournir des données fiables à temps. Cette approche se justifie par le fait qu'il est quasiment impossible de suivre efficacement les interventions à travers l'ensemble du territoire national. Par conséquent les sites sentinelles du PNLP ne concernent que 11 ZS repartis dans toutes les provinces du pays.

En outre, quatre formations sanitaires universitaires (Kinshasa, Lubumbashi, Kisangani et Bukavu) sont également proposées pour la surveillance de quelques indicateurs, la tolérance des médicaments et la conduite de recherches cliniques au profit du PNLP.

### **9.5 La Pharmacovigilance des Médicaments Antipaludiques**

Le MSP a changé la politique de lutte contre le paludisme sur base des données qui ont démontré la résistance du *Plasmodium falciparum* à la chloroquine. La nouvelle politique, dont la mise en œuvre a débuté en Avril 2005, recommande l'utilisation de l'artésunate+amodiaquine (ASAQ) ou l'artémether+lumefantrine (AL) depuis 2012 pour le traitement du paludisme simple, la quinine en comprimé en cas d'échec thérapeutique des médicaments de première ligne et la quinine injectable en perfusion ou l'artésunate injectable pour le traitement du paludisme grave. La SP est réservée au TPI chez la femme enceinte.

La prescription de ces médicaments pour le traitement ou la prévention du paludisme est parfois suivie d'effets indésirables qui suscitent parfois la méfiance de certains prescripteurs à cause de l'ignorance. Les données sur les effets indésirables liées à l'utilisation de la SP pour la TPI chez la femme enceinte en RDC sont inexistantes. Pourtant, ce médicament peut engendrer de rares effets indésirables graves comme les syndromes de Lyell et de Steven Johnson. Des données locales sur les accidents hémolytiques liées à la quinine étaient également inexistantes. En dépit de tous les problèmes évoqués, jusqu'en 2008 le système de pharmacovigilance de la RDC n'était pas fonctionnel. Depuis ce temps d'importants efforts ont été déployés pour installer un Centre National de Pharmacovigilance (CNP) et d'autres organes indispensables pour le fonctionnement du système de pharmacovigilance. Le CNP a été mise en place depuis 2009 et est abrité par l'Université de Kinshasa.

Pour la réussite de la mise en œuvre de la nouvelle politique de lutte contre le paludisme, il était donc impérieux et urgent de mettre en place un système de surveillance des effets indésirables dus aux antipaludiques. Sur financement du Fonds Mondial round 8, une collaboration établie avec le CNPV a permis le suivi des effets indésirables des ACT dans 13 sites à Kinshasa.

Les activités suivantes ont été réalisées dans le cadre de ce suivi:

- Conception et rédaction des outils de formation, de sensibilisation et de collecte des données de pharmacovigilance
- Validation de ces outils par les experts, de l'Université de Kinshasa, du PNL, de l'OMS et de la DPM
- Formation de points focaux de pharmacovigilance dans 13 sites sentinelles à Kinshasa
- Séances de sensibilisation dans les structures de santé concernées
- Visites de supervision et de collecte de fiches de notification des effets indésirables
- Analyse des notifications et transmission au CNP au centre international de pharmacovigilance (Uppsala Monitoring Centre) en Suède
- Création des centres provinciaux de pharmacovigilance et plan d'extension des activités provinciales prévu dans le Round 10 financement du Fonds Mondial

De nouvelles activités sont planifiées pour être exécutées dans le cadre du round 8 et 10 consolidé et financements.

Plus de 300 notifications sur les antipaludiques ont déjà été recueillies, analysées et introduites dans la base des données du centre internationale de pharmacovigilance (Uppsala Monitoring Centre). Certains de ces résultats ont même contribué à enrichir le RCP de l'ASAQ. Les activités continuent et devront s'intensifier avec la création des centres provinciaux de pharmacovigilance prévue dans la cadre du Round 10 du Fonds Mondial.

## 9.6 Le Système d'Information sur la Gestion des Intrants Antipaludiques

En Afrique Sub-Saharienne, les ruptures de stocks de traitements antipaludiques au niveau des structures de santé sont un problème récurrent. Le système d'information sur la gestion et la logistique des commodités antipaludiques est en cours de développement dans le cadre global du renforcement du SNIS. Par ailleurs, deux projets complémentaires sur l'utilisation de SMS seront mis en place dans le but de développer une solution souple et adaptable visant à améliorer la gestion des stocks d'antipaludiques et de l'information. Il s'agit des projets *SMS for life* dans les zones de santé appuyées par le Fonds Mondial et *Mango* dans les zones de santé appuyées par PMI.

## 9.7 Le Contrôle de Qualité des Médicaments Antipaludiques

La mise en œuvre progressive de la nouvelle politique nationale de PEC du paludisme simple s'effectue dans un environnement pharmaceutique inadéquatement régulée qui ne permet pas à toute la population d'accéder à un traitement antipaludique sûr, bonne qualité, efficace et à moindre coût.

Dans le contexte actuelle le secteur pharmaceutique est caractérisée, entre autre par:

- l'Inexistence d'un système efficace de suivi de la qualité des médicaments à l'importation ou à la fabrication, à l'enregistrement, à l'approvisionnement et pendant la distribution
- l'Absence d'un système et d'une procédure de collecte permanente d'échantillons pour le contrôle de qualité

Depuis l'adoption des ACT, plusieurs associations à base d'artémisinine et dérivés sans aucune qualification préalable et d'autres associations d'antipaludiques non recommandées par l'OMS ont été répertoriées sur le marché congolais. En outre, malgré le changement de la politique nationale de traitement du paludisme, l'utilisation des antipaludiques en monothérapie persiste avec la circulation des molécules telles l'amodiaquine, artésunate, chloroquine, et halofantrine. La circulation de l'artésunate de mauvaise qualité et d'origine douteuse a été fortement documentée dans les pays d'Asie.

En RDC une étude menée entre Juin et Décembre 2004 sur la qualité de 120 échantillons des comprimés et sirops secs à base de dérivés d'artémisinine disponibles en RDC, a montré que près de 33,0% d'échantillons collectés étaient de mauvaise qualité et que la teneur en principe actif était hors limite dans 12,5% d'échantillons testés. Des contrefaçons de SP et de quinine, avec une biodisponibilité faible, et d'amodiaquine présentant des suspensions instables conditionnées dans des récipients inappropriés ont été également rapportées. Récemment, plusieurs tonnes des médicaments y compris des antipaludiques de provenances douteuses ont été saisies.

L'accessibilité financière et géographique des ACT de bonne qualité est très faible et le risque d'utilisation du médicament de moindre coût mais de qualité douteuse par la population reste donc élevé. Aussi, l'utilisation des extraits des plantes et de phyto

médicaments est très répandue aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. La réussite du changement de politique de traitement du paludisme en cours suppose donc l'intégration de la surveillance de la qualité des médicaments recommandée AS+AQ, AL, SP, quinine en comprimé et injectable à tous les niveaux du système sanitaire tout au long de la chaîne d'approvisionnement. Cependant, il faut souligner que plus de 80,0% des médicaments antipaludiques échappent au système d'approvisionnement contrôlé par le PNLP.

Les actions urgentes suivantes sont nécessaires pour suivre leur qualité des antipaludiques:

- Instaurer un système d'assurance qualité des médicaments antipaludiques
- Effectuer de manière régulière et permanente le contrôle de qualité de tous les antipaludiques en circulation dans le pays
- Instaurer le contrôle de qualité et la stabilité des extraits des plantes et phyto médicaments
- Renforcer les capacités du laboratoire de contrôle existant pour répondre aux normes et assurer l'approvisionnement en réactifs et intrants



## 10 EVALUATION DU PROGRAMME

L'évaluation permet de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs d'un programme. Les activités d'évaluation seront confiées à des structures externes pour être objective, mais toujours en collaboration avec les agents de la structure évaluée. Le programme sera évalué par des organisations telles que l'OMS, le CDC, l'Ecole de Santé Publique, ICF International, ou d'autres organisations compétentes en la matière, de même que les structures hiérarchiques du PNLP. Les évaluations se feront par des enquêtes et des revues. Il peut s'agir aussi bien d'enquête de couverture que d'impact. Pour certains indicateurs, les données de base ne seront pas connues, mais seront renseignées à travers une analyse situationnelle de début (évaluation initiale) et des enquêtes à envergure nationale telles l'EDS et l'EIP prévues par le pays. Les enquêtes sont basées sur les indicateurs globalement reconnus dans le cadre de surveillance des progrès de l'initiative mondiale « Faire Reculer le Paludisme ».

### Recherche opérationnelle

Les activités de recherche seront focalisées sur les aspects suivants:

- la PEC du paludisme
- la Prévention du paludisme
- les Aspects sociaux économiques du paludisme
- le Développement de la recherche sur les phyto médicaments antipaludiques
- la Coïnfection paludisme et VIH/sida

#### 10.1 Enquête de couverture des MILDA pré et post campagnes de distribution de masse

Trois à six mois avant le début de la campagne, le PNLP procédera à l'évaluation pré campagne de la couverture en MILDA dans un échantillon de ménages des provinces ciblées. Une évaluation post campagne sera faite au niveau des mêmes zones par le PNLP 3 mois après la campagne pour déterminer le niveau de couverture de la possession et l'utilisation des MILDA.

Deux enquêtes (une pré campagne et une autre post campagne) sur la possession et l'utilisation des MILDA seront menées chaque année, soit 6 enquêtes de 2013 à 2015. En 2013, la campagne couvrira les provinces de Kinshasa et de Maniema, en 2014, la campagne sera étendue à quatre autres provinces, à savoir les provinces Orientale, du Bas Congo, Bandundu (district de Mai Ndombe, district de plateau, et la ZS de Djuma) et du Kasaï Occidental.

#### 10.2 Enquêtes d'Evaluation de Couverture et d'Impact du Programme

L'analyse de la situation a été faite à travers l'Enquête démographique et de santé (EDS) et d'autres études (MICS 2010). L'enquête EDS 2013 est en cours et la collecte proprement dite des données était prévue en août 2013. L'enquête des indicateurs du paludisme (EIP ou MIS) prévue en 2015.

## **11 DIFFUSION ET UTILISATION DES DONNEES**

L'impact et les résultats du programme seront mesurés au début, à mi-parcours et à la fin de la mise en œuvre à travers des enquêtes quasi expérimentales dans les structures sanitaires et dans les ménages. Les indicateurs permettant d'évaluer les résultats et l'impact du programme sont présentés dans la section 5.2 du plan de suivi et d'évaluation. Une comparaison sera faite entre les résultats obtenus et les données de base avant la mise en place des interventions afin d'apprécier l'évolution des indicateurs et l'atteinte des objectifs. Pour obtenir une synergie d'action de toutes les parties prenantes, il est primordial que les données du suivi et évaluation soient partagées.

### **11.1 Diffusion des données**

Le plan de diffusion définit le mécanisme par lequel tous les intervenants reçoivent les informations relatives aux progrès, résultats et impact des interventions. La diffusion des données se fera à tous les niveaux du système de santé:

- Au niveau de l'aire sanitaire, au cours des réunions du Comité de Développement de la Santé
- Au niveau de la ZS: au sein du comité de gestion et du conseil d'administration
- Au niveau de la Province: au cours des revues du comité de pilotage provincial et réunions de la Task Force provinciale
- Au niveau national: lors des revues du comité national de pilotage (commission en charge de lutte contre la maladie), des réunions des Task Force de l'initiative « Faire reculer le Paludisme » et des conférences internationales, et à travers des publications scientifiques, des magazines et les sites web

### **11.2 Utilisation des Données**

Les données de suivi et d'évaluation sont utilisées de trois façons:

- Plaidoyer pour l'action
- Planification, révision et amélioration des interventions
- Prises des décisions

Ces données vont être utilisées pour des plaidoyers auprès des ministères du gouvernement, bailleurs et autres acteurs. Sur le plan interne, elles faciliteront la prise de décision basée sur l'évidence pour la recherche de financement et l'amélioration des interventions.

Sur le plan externe, ces données permettront d'imputer les changements intervenus aux programmes, d'échanger les bonnes pratiques et de justifier les financements. Au niveau local, ce sera une source de motivation pour les acteurs. La première utilisation des données sera d'assurer le retour de l'information à tous les niveaux du système. Elle se fera à travers les différentes rencontres prévues pour le partage de l'information mais aussi à partir des

supports papiers élaborés à cet effet. Les rapports des études et des enquêtes seront validés et diffusés à tous les partenaires impliqués dans la mise en œuvre du projet. Le tableau 9 décrit les supports, la périodicité et le mode de diffusion et l'utilisation de l'information.

Tableau 9: Modes de diffusion et d'utilisation des données produites par le programme

Supports	Périodicité	Utilisateurs	Modes de diffusion	Utilisation
<b>Rapports d'activité</b>	Mensuelle	PNLP provincial ECZS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunion, revues documentaires</li> <li>• Atelier, séminaire de dissémination</li> <li>• Support papier</li> <li>• Base de données</li> <li>• Support magnétique</li> <li>• Courrier</li> <li>• Réunions de plaidoyer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réorientation des politiques et stratégies, des activités</li> <li>• Echanges d'expérience</li> <li>• Plaidoyer</li> <li>• Mobilisation de ressources</li> <li>• Recherche de financement</li> <li>• Réorientation des activités</li> <li>• Planification</li> <li>• Recherche opérationnelle</li> </ul>
	Trimestrielle	PNLP central et provincial Partenaires, Bailleurs, <i>Country Coordinating Mechanism (CCM)</i>		
	Annuelle	PNLP central et provincial ECZS et MSP, partenaires techniques et financiers, CCM, universités, chercheurs		
<b>Rapports d'enquête</b>	Annuelle	PNLP central et provincial ECZS, MSP, partenaires techniques et financiers, CCM, universités, chercheurs		

## **12 RENFORCEMENT DES CAPACITES EN SUIVI ET EVALUATION**

Dans le contexte actuel de mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme en RDC, le renforcement de capacités des acteurs est déterminant pour la réussite de la lutte. Le renforcement des capacités doit être constant. Les postes des membres des unités de suivi et d'évaluation doivent avoir été clairement définis. Le PNLP procèdera chaque année à l'évaluation du système de suivi et d'évaluation. Cette activité comprendra une évaluation du système de suivi et d'évaluation des différentes coordinations et ECZS, et l'établissement d'un plan de renforcement des capacités en suivi et évaluation.

Au vu de de l'étendue du travail et des problèmes identifiés l'exécution effective de la mission de la Division suivi et évaluation du PNLP nécessite que les besoins suivants soient comblés:

- Assistance technique
- Renforcement des ressources humaines de la division suivi et évaluation
- Acquisition d'un logiciel de gestion des données
- Renforcement des capacités de tous les acteurs impliqués dans le suivi et l'évaluation
- Equipement des ZS en matériel informatique et en matériel de communication
- Augmentation des ressources financières allouées au suivi et à l'évaluation pour garantir le suivi et le contrôle régulier de toute la chaîne de production des résultats

## 13 PLAN DE MISE EN ŒUVRE ET BUDGET

Tableau 10: Plan de travail budgétisé

N°	Activités	Unité	Coût Unitaire (USD)	2013		2014		2015		TOTAL	
				Quantité	Coût Total (USD)						
<b>Suivi, évaluation et recherche opérationnelle. Objectif clé: Au moins 95,0% des zones de santé transmettent régulièrement les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme (complétude) d'ici 2015</b>											
1	Assurer les visites de supervision par chaque année dans chacune des 26 DPS	Visite supervision	20 207	4	80 828	4	80 828	4	80 828	12	242 484
2	Assurer les visites de supervision dans les 515 ZS par le niveau intermédiaire	Visite supervision	335	2 060	690	2 060	690 100	2 060	690 100	6 180	2 070 300
3	Assurer les visites de supervision des structures sanitaires par l'équipe cadre de la zone de santé	Visite supervision	30	99 192	2 975 760	99 193	2 975 790	99 192	2 975 760	198 415	8 927 310
4	Organiser une enquête EUVS sur l'utilisation, l'accessibilité et la disponibilité des commodités des antipaludiques dans 11 provinces	Enquête EUVS	25 000	2	50 000	4	100 000	4	100 000	10	250 000
5	Tenir les revues trimestrielles de validation des données au niveau de chaque province	Réunion	500	104	52 000	104	52 000	104	52 000	312	156 000
6	Assurer la formation des formateurs centraux en quantification des besoins en commodités antipaludiques	Une formation	15 000	1	15 000	–	–	–	–	–	15 000
7	Assurer la formation des formateurs provinciaux en quantification des besoins en commodités antipaludiques	Une formation	8 000	–	–	26	208 000	–	–	26	208 000
8	Assurer la formation des prestataires en quantification des besoins en commodités antipaludiques	Une formation	500	–	–	515	275 500	–	–	515	275 500

N°	Activités	Unité	Coût Unitaire (USD)	2013		2014		2015		TOTAL	
				Quantité	Coût Total (USD)						
9	Réaliser un atelier de coordination des approvisionnements en commodités antipaludiques	Un atelier	8 000	1	8 000	1	8 000	1	8 000	4	24 000
10	Tenir les revues trimestrielles de validation des données au niveau central	Réunion	1 000	4	4 000	4	4 000	4	4 000	12	12 000
11	Tenir les revues annuelles d'état des lieux et de planification au niveau central	Atelier	30 106	1	30 106	1	30 106	1	30 106	3	90 318
12	Mener les études de surveillance de l'efficacité des combinaisons thérapeutiques en usage dans les sites sentinelles	Etude	43 000	–	–	10	430 000	–	–	10	430 000
13	Mener les études de la rémanence des moustiquaires imprégnées d'insecticide	Etude	4000	10	40000	–	–	10	40000	20	80000
14	Evaluer le bénéfice de TPI chez l'enfant dont la mère a bénéficié de TPI	Etude	120 000	–	–	1	120 000	–	–	1	120 000
15	Appuyer le contrôle de qualité des médicaments antipaludiques	Etude	328 000	1	328 000	1	328 000	1	328 000	3	984 000
16	Appuyer le développement du système de pharmacovigilance des médicaments antipaludiques	Etude	357 000	1	357 000	1	357 000	1	357 000	3	1 071 000
17	Evaluation pré campagne	Etude	46 325	1	46 325	1	46 325	1	46 325	3	138 975
18	Evaluation post campagne	Etude	46 325	1	46 325	1	46 325	1	46 325	4	138 975
19	Evaluer la sensibilité des vecteurs majeurs du paludisme aux insecticides	Etude	179 682	–	–	1	179 682	–	–	1	179 682
20	Mener une étude portant sur les facteurs limitant l'utilisation des MILDA	Etude	60 003	1	60 003	–	–	–	–	1	60 003
21	Mener une étude sur les facteurs explicatifs de l'utilisation tardive de la CPN	Etude	29 969	1	29 969	–	–	–	–	1	29 969

N°	Activités	Unité	Coût Unitaire (USD)	2013		2014		2015		TOTAL	
				Quantité	Coût Total (USD)						
22	Mener des études qualitatives pour évaluer les tendances des cas d'enfants fébriles ainsi que celle des comportements des prestataires des soins face aux TDR et aux résultats des TDR en vue de l'intensification de l'utilisation des TDR	Etude	15 800	1	15 800	1	15 800	–	–	2	31 600
23	Evaluer les indices de transmission de paludisme dans les trois faciès, y compris la prévalence parasitaire et l'incidence du paludisme	Etude	300 033	1	300 033	–	–	–	–	1	300 033
24	Constituer une base des données de toutes les recherches opérationnelles réalisées en RDC dans le cadre de la lutte contre le paludisme	Kit informatique	2 855	1	2 855	–	–	–	–	1	2 855
25	Evaluer la prise en charge des cas de paludisme simple au niveau des sites des soins communautaires	Etude	300 000	–	–	1	300 000	–	–	1	300 000
26	Mener une étude de faisabilité de l'utilisation de l'artésunate suppositoire pour le traitement de pré référence des cas de paludisme grave au niveau des sites de soins communautaire	Etude	250 000	1	250 000	–	–	–	–	1	250 000
27	Organiser l'audit des données collectées en routine	Audit	50 000	1	50 000	1	50 000	1	50 000	3	150 000
28	Organiser une enquête sur les indicateurs du paludisme à l'échelle nationale dans les ménages et structures de santé	Enquête	1 200 000	–	–	1	1 200 000	–	–	1	1 200 000
29	Evaluer l'efficacité d'un traitement alternatif à la SP pour le TPI	Etude	70 000	–	–	1	70 000	–	–	1	70 000
30	Assurer le suivi de l'efficacité de la SP (stratégie TPI) chez la femme enceinte	Etude	120 000	–	–	1	120 000	–	–	–	120 000
31	Elaborer une base des données des enquêtes réalisées	Base	20 000	1	20 000	–	–	–	–	–	20 000

N°	Activités	Unité	Coût Unitaire (USD)	2013		2014		2015		TOTAL	
				Quantité	Coût Total (USD)	Quantité	Coût Total (USD)	Quantité	Coût Total (USD)	Quantité	Coût Total (USD)
32	Assurer le suivi sur la gestion des intrants	Visite	57 784	1	57 784	1	57 784	1	57 784	3	173 352
33	Organiser les revues des activités contenues dans les financements du Fonds Mondial	Revue	81 076	1	81 076	1	81 076	1	81 076	3	243 228
34	Effectuer les missions de suivi par les principaux bénéficiaires et les bénéficiaires secondaires	Suivi	592 434	–	–	–	1 086 838	–	–	1 086 838	1 086 838
35	Organiser la recherche opérationnelle	Etude	55 460	–	–	–	28 009	–	–	–	28 009
36	Assurer une évaluation de la mise en œuvre du financement obtenu du Fonds Mondial	–	–	–	–	–	50 375	–	–	50 375	50 375
37	Produire et distribuer les outils pour les soins de santé communautaires	–	–	–	–	–	32 375	–	41 249	–	73 624
38	Améliorer l'archivage au niveau opérationnel	–	206 900	1	206 900	–	–	–	–	–	206 900
39	Contribuer au renforcement du SNIS	–	–	–	–	–	8 495 182,16	–	–	–	8 495 182,16
40	Assurer le suivi des agents pour la campagne	–	84 000	–	–	–	–	1	283 200	–	283 200
41	Assurer les visites de supervisions des activités de la campagne	Visite	32 266	–	–	3	96 798	4	129 064	–	225 862
42	Assurer le suivi du processus de la campagne	Visite	71 943	–	–	–	–	1	71 943	–	71 943
43	Assurer les supervisions dans les ZS appuyées par KOICA	Visite	105 482	–	–	1	105 482	–	–	–	105 482
44	Appui de l'USAID/PMI aux activités de suivi et d'évaluation	–	–	–	1 177 000	–	–	–	–	–	1 177 000
47		–	–	–	–	–	–	–	–	–	0
48	<b>Sous Total Suivi et Evaluation</b>		–	–	<b>5 359 356</b>	–	–	–	<b>4 700 696</b>	–	<b>30 168 999</b>

# **ANNEXES**



## ANNEXE 1: FICHES DE REFERENCE DES INDICATEURS

<b>Nom de l'indicateur:</b> Taux de mortalité, toutes causes confondues, chez les enfants de moins de 5 ans			
<b>DESCRIPTION</b>			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Nombre de décès enregistrés chez les enfants de moins de 5 ans cours d'une période donnée sur l'ensemble des naissances vivantes enregistrées au cours de la même période			
<b>Unité de mesure:</b> Taux			
<b>Méthode de calcul:</b> <b>Numérateur:</b> nombre des décès toutes causes confondues chez les enfants moins de 5 ans <b>Dénominateur:</b> nombre total des enfants de moins de 5 ans			
<b>Désagrégée par:</b> Sexe			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Cet indicateur permet de mesurer l'impact des interventions au niveau du pays			
<b>PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES</b>			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Cet indicateur est collecté au cours des enquêtes dans les ménages à l'aide des méthodes directes ou indirectes			
<b>Sources des données:</b> EDS, MICS, EIP (MIS)			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Tous les 2 à 5 ans			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> Ministère du Plan			
<b>Localisation du stock de données:</b> Ministère du plan, Ministère de la Santé Publique			
<b>PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES</b>			
<b>Analyse des données:</b> S'assurer de la complétude et de l'exactitude des données			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, et cartes			
<b>Révision des données:</b> Possible après vérification sur terrain			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Tous les 2 à 5 ans			
<b>PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES</b>			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> -			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> -			
<b>VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>			
	<b>Cible</b>	<b>Actuel</b>	<b>Commentaires</b>
2013	110 pour 1000	158 pour 1000	Les cibles s'alignent sur les objectifs du PNDS
2014	94 pour 1000		
2015	79 pour 1000		
<b>CETTE FORME A ÉTÉ MISE À JOUR LE: 06 JUIN 2013</b>			

Nom de l'indicateur: Pourcentage de décès dus au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> La proportion des décès enregistrés auprès des enfants de moins de 5 ans attribués au paludisme parmi tous les décès des enfants de moins de 5 ans pour les trois ans précédant l'enquête dont la cause de décès est connue			
<b>Unité de mesure:</b> Pourcentage			
<b>Méthode de calcul:</b> <b>Numérateur:</b> Nombre de décès chez les enfants de moins de 5 ans attribués au paludisme après autopsie verbale sur les trois ans précédant l'enquête <b>Dénominateur:</b> Nombre total de décès chez les enfants de moins de 5 ans rapportés pour les trois ans précédant l'enquête dont la cause a été attribuée par autopsie verbale			
<b>Désagrégée par:</b> Sexe			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Cet indicateur permet de mesurer l'impact des interventions au niveau du pays			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Cet indicateur est collecté au niveau des formations sanitaires et des sites des soins communautaires dans les différents registres			
<b>Sources des données:</b> SNIS			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Annuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> Infirmier Titulaire, CS			
<b>Localisation du stock de données:</b> Structures sanitaires, BCZS, PNLP			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exactitude			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques			
<b>Révision des données:</b> Après vérification au niveau des sites			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Non maîtrise de l'indicateur par le prestataire, sensibilité et de spécificité de l'autopsie verbale pour l'identification des décès dus au paludisme, besoin de standardiser les méthodes d'interview et de diagnostic			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Formation, supervision			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2013		ND	
2014	32,0%		
2015	30,0%		
CETTE FORME A ÉTÉ MISE À JOUR LE: 06 JUIN 2013			

Nom de l'Indicateur: Proportion de décès attribués au paludisme dans les formations sanitaires			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> La proportion des décès liés au paludisme enregistrés auprès des formations sanitaires au cours d'une période définie par rapport au total des décès enregistrés dans les formations sanitaires concernées			
<b>Unité de mesure:</b> Proportion			
<b>Méthode de calcul:</b> <b>Numérateur:</b> Nombre de décès survenus parmi les patients hospitalisés avec diagnostic de paludisme au cours d'une période définie <b>Dénominateur:</b> Nombre total des décès toutes causes confondues survenus chez patients hospitalisés au cours de la même période			
<b>Désagrégée par:</b> Tranche d'âge et sexe			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Cet indicateur permet d'apprécier la qualité de la prise en charge (diagnostic précoce et traitement correct)			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Cet indicateur est collecté au niveau des formations sanitaires dans les différents registres			
<b>Sources des données:</b> Canevas SNIS			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Mensuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> Responsable de la formation sanitaire (HGR/CSR)			
<b>Localisation du stock de données:</b> Structures sanitaires, BCZS, PNLP			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exactitude			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> Après vérification au niveau des sites			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Non maîtrise de l'indicateur par le prestataire			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Formation, supervision			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2013	32,0%	32,50%	Valeur de base: rapport annuel PNLP 2012
2014	28,0%		
2015	24,0%		
CETTE FORME A ÉTÉ MISE À JOUR LE: 06 JUIN 2013			

Nom de l'Indicateur: Létalité hospitalière paludique			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> La proportion des décès enregistrés auprès des formations sanitaires parmi les patients hospitalisés pour paludisme au cours d'une période donnée			
<b>Unité de mesure:</b> Proportion			
<b>Méthode de calcul:</b> <b>Numérateur:</b> Nombre de décès survenus parmi les patients hospitalisés avec un diagnostic de paludisme au cours d'une période donnée X 100 <b>Dénominateur:</b> Nombre total de patients hospitalisés avec diagnostic du paludisme pendant la même période			
<b>Désagrégée par:</b> Tranche d'âge et sexe			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Cet indicateur permet de mesurer la qualité de la prise en charge			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Cet indicateur est collecté au niveau des formations sanitaires dans les différents registres			
<b>Sources des données:</b> SNIS			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Mensuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> Responsable de la formation sanitaire (HGR/CSR)			
<b>Localisation du stock de données:</b> Structures sanitaires, BCZS, PNLP			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exactitude			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> Après vérification au niveau des sites			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Non maîtrise de l'indicateur par le prestataire, disponibilité des moyens de diagnostic			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Formation, supervision			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2013	2,0%	2,50%	Valeur de base: rapport annuel PNLP 2012
2014	1,5%		
2015	1,0%		
CETTE FORME A ÉTÉ MISE À JOUR LE: 06 JUIN 2013			

Nom de l'Indicateur: Pourcentage des enfants de moins de 5 ans avec fièvre			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> La proportion des enfants de moins de 5 ayant eu la fièvre dans les deux semaines précédente l'enquête			
<b>Unité de mesure:</b> Pourcentage			
<b>Méthode de calcul:</b>			
<b>Numérateur:</b> Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre dans les deux semaines précédentes l'enquête X 100			
<b>Dénominateur:</b> Total d'enfants de moins de 5 ans enquêtés			
<b>Désagrégée par:</b> Tranche d'âge et sexe			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Cet indicateur permet de mesurer la prévalence de la fièvre auprès des enfants de moins de 5 ans			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Cet indicateur est collecté au niveau au cours des enquêtes ménages			
<b>Sources des données:</b> EDS			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> 3 à 5 ans			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> Ministère du Plan, Ministère de la Santé Publique			
<b>Localisation du stock de données:</b> Ministère du Plan, Ministère de la Santé Publique			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exactitude			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> Après vérification au niveau des sites			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> 3 à 5 ans			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> -			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> -			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2013	25,0%	27,0%	Valeur de base: MICS 2010
2014	24,0%		
2015	23,0%		
CETTE FORME A ÉTÉ MISE À JOUR LE: 06 JUIN 2013			

Nom de l'Indicateur: Prévalence parasitaire du paludisme			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> La proportion des enfants de 6 à 59 mois avec une infection de paludisme confirmé par rapport au total des enfants de 6 à 59 mois testés			
<b>Unité de mesure:</b> Proportion			
<b>Mode de calcul:</b>			
<b>Numérateur:</b> Nombre d'enfants de 6 à 59 mois avec infection de paludisme confirmé par microscopie ou test de diagnostic rapide (TDR) X 100			
<b>Dénominateur:</b> Nombre d'enfants de 6 à 59 mois testées pour une infection au paludisme par microscopie et/ou TDR			
<b>Désagrégée par:</b> Sexe			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> La prévalence de la parasitémie est un indicateur utile de la charge de morbidité du paludisme. Grâce aux données concernant la couverture des interventions et les estimations répétées, la connaissance de l'épidémiologie du paludisme peut être améliorée et les progrès des actions de contrôle peuvent être suivis plus efficacement, à condition que les estimations de prévalence de parasitémie soient disponibles			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Cet indicateur est collecté au cours des enquêtes sanitaires			
<b>Sources des données:</b> Enquête des Indicateurs Paludisme (EIP), EDS			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Tous les 2 à 5 ans			
<b>Organisation, Individu(s) responsable:</b> PNLP, Institut National de la Statistique (INS)			
<b>Localisation du stock de données:</b> Ministère du Plan et Publique			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exactitude			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> Après vérification au niveau des structures et sites sentinelles			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> 2 à 5 ans			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Non maîtrise de la collecte par les enquêteurs, sensibilité et spécificité de la microscopie et du TDR			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Formation des enquêteurs			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2013	17,0%	20,0%	Les données de 2013 seront collectées au cours de l'EDS et celles de 2014 par MIS
2014	15,0%	(source: enquête	
2015	10,0%	ESP 2008)	
CETTE FORME A ÉTÉ MISE À JOUR LE: 06 JUIN 2013			

Nom de l'Indicateur: Prévalence de l'anémie			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> La proportion des enfants de 6 à 59 mois avec un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl			
<b>Unité de mesure:</b> Proportion			
<b>Mode de calcul:</b>			
<b>Numérateur:</b> Nombre d'enfants de 6 à 59 mois avec un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl			
<b>Dénominateur:</b> Nombre d'enfants de 6 à 59 mois dont le taux d'hémoglobine a été mesuré lors d'une enquête auprès des ménages			
<b>Désagrégée par:</b> Sexe			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> L'anémie, définie par une concentration en hémoglobine en-dessous du seuil normal, est un problème de santé publique très répandu. Il est utile de retracer le suivi des tendances dans la prévalence de l'anémie car il s'agit d'un indicateur fiable de la charge de morbidité du paludisme qui peut refléter l'impact des interventions de lutte contre le paludisme. Les interventions de lutte contre le paludisme enregistrent 60,0% de réduction des risques d'anémie modérée à sévère (hémoglobine <8 g/dl)			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Cet indicateur est collecté au cours des enquêtes sanitaires			
<b>Sources des données:</b> Enquête des Indicateurs Paludisme (EIP), EDS			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Tous les 2 à 5 ans			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> PNLP, INS			
<b>Localisation du stock de données:</b> Ministère du Plan et Ministère de la Santé Publique			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exactitude			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> Après vérification au niveau des structures et sites sentinelles			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> 2 à 5 ans			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Non maîtrise de la collecte par les enquêteurs			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Formation des enquêteurs			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE (Voir Annexe 5)			
	Cible	Actuel	Commentaires
2013	25,0%	27,0%	Les données de 2013 seront collectées au cours de l'EDS et celles de 2014 par l'EIP
2014	20,0%		
2015	15,0%		
CETTE FORME A ÉTÉ MISE À JOUR LE: 06 JUIN 2013			

<b>Nom de l'indicateur:</b> <b>Incidence des nouveaux cas de paludisme confirmés pour 1000 personnes</b>			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> La proportion des cas de paludisme confirmés par le laboratoire pour 1000 personnes et par an par rapport au nombre total de la population suivies (ou personne-année à risque)			
<b>Unité de mesure:</b> Proportion			
<b>Mode de calcul:</b>			
<b>Numérateur:</b> Nombre de cas de paludisme confirmés par le laboratoire par an x 1000			
<b>Dénominateur:</b> Nombre total de la population			
<b>Désagrégée par:</b> Sexe			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Cet indicateur évalue la charge de morbidité de l'infection par le paludisme dans la population générale			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> En routine (SNIS) et surveillance sites sentinelles			
<b>Sources des données:</b> SNIS			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Mensuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> PNLP			
<b>Localisation du stock de données:</b> Structures sanitaires, BCZS, PNLP			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exactitude			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> Après vérification au niveau des structures et sites sentinelles			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Faible utilisation des services curatifs, faible qualité des données			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Formation des prestataires, CCC			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2013	24 pour mille	67,9 pour mille	Base des données (2012 du PNLP)
2014	16 pour mille		
2015	14 pour mille		
CETTE FORME A ÉTÉ MISE À JOUR LE: 06 JUIN 2013			

<b>Nom de l'indicateur:</b> <b>Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action</b>			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Proportion des ménages enquêtés possédant une MILDA ou plus le jour de l'enquête			
<b>Unité de mesure:</b> Proportion			
<b>Méthode de calcul:</b>			
<b>Numérateur:</b> Nombre de ménages enquêtés possédant au moins une moustiquaire imprégnée à longue durée d'action x 100			
<b>Dénominateur:</b> Nombre total de ménages enquêtés			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Evalue la capacité des ménages à se protéger contre les piqûres de moustiques			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Enquête			
<b>Sources des données:</b> Enquête ménage			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> 2 à 5 ans			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> ESP, INS			
<b>Localisation du stock de données:</b> ESP, INS			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> S'assurer de la complétude et de l'exactitude des données			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> Possible après vérification sur terrain			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> 2 à 5 ans			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Accessibilité géographique, faible qualité des données			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Supervision des enquêteurs			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2013	60,0%	50,9% (MICS 2010)	
2014	80,0%		
2015	90,0%		
CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013			

Nom de l'indicateur: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une MILDA			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une MILDA			
<b>Unité de mesure:</b> Pourcentage			
<b>Méthode de calcul:</b> <b>Numérateur:</b> Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée à longue durée d'action la nuit précédente x 100 <b>Dénominateur:</b> Nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont passé la nuit précédente dans les ménages enquêtés			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Apprécie la protection des enfants de moins de 5 ans contre les piqûres de moustiques			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Enquête			
<b>Sources des données:</b> Enquête ménages			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> 2 à 5 ans			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> ESP, INS			
<b>Localisation du stock de données:</b> ESP, INS, PNLP			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> ESP, INS			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> -			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> 2 à 5 ans			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Accessibilité géographique, faible qualité des données			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Supervision des enquêteurs			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2013	60,0%	38,1%	Valeur de base: MICS 2010
2014	–		
2015	80,0%		
CETTE FICHE A ÉTÉ ETABLIE LE: 06 JUIN 2013			

Nom de l'indicateur: Pourcentage des femmes enceintes qui dorment sous une MILDA			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Pourcentage des femmes enceintes qui dorment sous une MILDA			
<b>Unité de mesure:</b> Pourcentage			
<b>Méthode de calcul:</b> <b>Numérateur:</b> Nombre des femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée à longue durée d'action la nuit précédente x 100 <b>Dénominateur:</b> Nombre total des femmes enceintes qui ont passé la nuit précédente dans les ménages enquêtés			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Apprécie la protection des femmes enceintes contre les piqûres de moustiques pour prévenir le paludisme			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Enquête			
<b>Sources des données:</b> Enquête ménages			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> 2 à 5 ans			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> ESP, INS			
<b>Localisation du stock de données:</b> ESP, INS, PNLP			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> ESP, INS			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> -			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> 2 à 5 ans			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Accessibilité géographique, faible qualité des données			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Supervision des enquêteurs			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2013	60,0%	43,0%	Valeur de base: MICS 2010
2014	–		
2015	80,0%		
CETTE FICHE A ÉTÉ ETABLIE LE: 06 JUIN 2013			

<b>Nom de l'indicateur:</b> <b>Pourcentage de personnes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente</b>			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Pourcentage de personnes résidant dans le ménage qui dorment sous MILDA			
<b>Unité de mesure:</b> Pourcentage			
<b>Méthode de calcul:</b>			
<b>Numérateur:</b> Nombre de personnes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée à longue durée d'action la nuit précédente x 100			
<b>Dénominateur:</b> Nombre total des personnes qui ont passé la nuit précédente dans les ménages enquêtés			
<b>Désagrégée par:</b> Aire géographique, tranche d'âge			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Cet indicateur mesure le niveau d'utilisation de la MILDA dans tous les groupes d'âge au moment de l'enquête, il sert à documenter l'utilisation parmi tous les groupes d'âge de la population afin permettre d'évaluer l'atteinte de l'objectif de couverture universelle			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Enquête			
<b>Sources des données:</b> Enquête ménage			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> 2 à 5 ans			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> ESP, INS			
<b>Localisation du stock de données:</b> ESP, INS, PNL			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> S'assurer de la complétude et de l'exactitude des données			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> Possible, après vérification sur le terrain			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> 2 à 5 ans			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Accessibilité géographique, faible qualité des données			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Supervision des enquêteurs			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2013	80,0%	ND	
2014	–		
2015	85,0%		
CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013			

<b>Nom de l'indicateur:</b> Pourcentage de la population dans les zones ciblées couvertes par une pulvérisation intra domiciliaire (PID) au cours de 12 derniers mois			
<b>DESCRIPTION</b>			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Pourcentage de personnes protégées par la PID			
<b>Unité de mesure:</b> Pourcentage			
<b>Méthode de calcul:</b> <b>Numérateur:</b> Nombre des personnes ayant bénéficié de la PID <b>Dénominateur:</b> Nombre total des personnes résidant dans les zones cibles par la PID			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Sert à mesurer la proportion de la population des zones cibles couvertes par la PID			
<b>PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES</b>			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Routine			
<b>Sources des données:</b> SNIS			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Annuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> BCZS			
<b>Localisation du stock de données:</b> BCZS, PNLP			
<b>PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES</b>			
<b>Analyse des données:</b> S'assurer de la complétude et de l'exactitude des données			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> -			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Annuelle			
<b>PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES</b>			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> -			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> -			
<b>VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>			
	<b>Cible</b>	<b>Actuel</b>	<b>Commentaires</b>
2013	15,0%	12,0%	Rapport annuel 2012 du PNLP
2014	20,0%		
2015	30,0%		
<b>CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013</b>			

<b>Nom de l'indicateur:</b> Pourcentage des ménages situés dans les zones cibles ayant fait de l'objet de pulvérisation intra domiciliaires d'insecticide à effet rémanent dans le cadre d'une campagne de pulvérisation au cours de 12 derniers mois			
<b>DESCRIPTION</b>			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Proportion des ménages qui ont bénéficié d'une PID dans les zones cibles			
<b>Unité de mesure:</b> Pourcentage			
<b>Méthode de calcul:</b> <b>Numérateur:</b> Nombre de ménages ayant bénéficié d'une pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent au cours de 12 derniers mois dans les zones cibles <b>Dénominateur:</b> Nombre des ménages situés dans les zones cibles désignées pour la PID			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> L'objectif de cet indicateur est de vérifier si e toutes les habitations de la zone ciblée ont fait l'objet de pulvérisations au cours d'une période donnée			
<b>PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES</b>			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Routine			
<b>Sources des données:</b> SNIS			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Annuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> BCZS			
<b>Localisation du stock de données:</b> BCZS, PNLP			
<b>PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES</b>			
<b>Analyse des données:</b> S'assurer de la complétude et de l'exactitude des données			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> -			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Annuelle			
<b>PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES</b>			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> -			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> -			
<b>VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>			
	<b>Cible</b>	<b>Actuel</b>	<b>Commentaires</b>
2013	15,0%	12,0%	Rapport annuel 2012 du PNLP
2014	20,0%		
2015	30,0%		
<b>CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013</b>			

<b>Nom de l'indicateur:</b> Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent (avec la SP) pour la prévention du paludisme au cours de leur dernière grossesse (au cours des deux années précédentes)			
<b>DESCRIPTION</b>			
<b>Définition(s) précise(s):</b> La proportion des femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de SP au cours de leur dernière grossesse parmi celles qui ont accouché d'un enfant vivant au cours de deux dernières années			
<b>Unité de mesure:</b> Proportion			
<b>Mode de calcul</b>			
<b>Numérateur:</b> Nombre de femmes ayant reçu au moins trois doses de TPI avec la SP au cours de leur dernière grossesse menée à terme pendant les deux dernières années X 100			
<b>Dénominateur:</b> Nombre total de femmes interrogées ayant mené leur grossesse à terme au cours des deux dernières années			
<b>Désagrégée par:</b> aire géographique (Province)			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Cet indicateur permet de mesurer le niveau national de l'utilisation du traitement préventif à la SP pour prévenir le paludisme parmi les femmes durant la grossesse			
<b>PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES</b>			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Cet indicateur est collecté au cours des enquêtes sanitaires.			
<b>Sources des données:</b> Enquête de la population			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Tous les 3 à 5 ans			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> Ministère du plan et Ministère de la Santé Publique			
<b>Localisation du stock de données:</b> PNLN			
<b>PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES</b>			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exactitude			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques			
<b>Révision des données:</b> Après vérification au niveau des sites			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> 3 à 5 ans			
<b>PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES</b>			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Non maîtrise de la collecte par les enquêteurs			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Formation des enquêteurs			
<b>VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>			
	<b>Cible</b>	<b>Actuel</b>	<b>Commentaires</b>
2013	80,0%	21,0% (MICS 2010)	Les données de 2013 seront collectées au cours de l'EDS et celles de 2014 par l'EIP (MIS)
2014	80,0%		
2015	85,0%		
<b>CETTE FORME A ÉTÉ MISE À JOUR LE: 06 JUIN 2013</b>			

<b>Nom de l'indicateur:</b> Proportion des enfants de moins de 5 ans ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent (SP) pour prévenir le paludisme au cours de leurs visites de CPS			
<b>DESCRIPTION</b>			
<b>Définition(s) précise(s):</b> La proportion des enfants de moins de 5 ans bénéficiaires d'un TPI lors des CPS			
<b>Unité de mesure:</b> Proportion			
<b>Mode de calcul:</b> <b>Numérateur:</b> Nombre de nourrissons ayant reçu au moins trois doses de TPI au cours de leurs visites à la CPS <b>Dénominateur:</b> Nombre total de nourrissons reçus à la CPS			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Cet indicateur permet de mesurer le niveau national de l'utilisation du TPI à la SP pour prévenir le paludisme parmi les nourrissons			
<b>PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES</b>			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Cet indicateur est collecté au niveau des formations sanitaires			
<b>Sources des données:</b> SNIS			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Mensuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> Ministère du plan et Ministère de la Santé Publique			
<b>Localisation du stock de données:</b> PNLP			
<b>PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES</b>			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exactitude			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques			
<b>Révision des données:</b> Après vérification au niveau des sites			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
<b>PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES</b>			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Nouvelle approche d'où la collecte susceptible d'être laborieuse			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Formation des enquêteurs			
<b>VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>			
	<b>Cible</b>	<b>Actuel</b>	<b>Commentaires</b>
2013		0%	
2014	40,0%		
2015	60,0%		
<b>CETTE FORME A ÉTÉ MISE À JOUR LE: 06 JUIN 2013</b>			

**Nom de l'indicateur:**  
**Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec une fièvre dans les deux semaines précédentes qui ont subi un prélèvement de sang au doigt ou au talon pour le diagnostic du paludisme**

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** La proportion des enfants de moins de 5 ans avec une fièvre ayant bénéficié d'un test de diagnostic du paludisme par la microscopie ou le TDR

**Unité de mesure:** Pourcentage

**Mode de calcul:**

**Numérateur:** Nombre d'enfants de moins de 5 ans avec une fièvre dans les 2 semaines précédentes, qui ont subi un prélèvement sang au doigt ou au talon, pour le diagnostic du paludisme

**Dénominateur:** Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu une fièvre au cours des 2 semaines précédentes

**Désagrégée par:** Province

**Justification et gestion utilitaire:** Cet indicateur est sensé identifier une couverture de base du diagnostic du paludisme et guider l'intensification ultérieure des programmes de diagnostic du paludisme

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Cet indicateur est collecté au cours des enquêtes ménages

**Sources des données:** EDS, MIS

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** 3 à 5 ans

**Organisation, individu(s) responsable:** Ministère du plan et Ministère de la Santé Publique

**Localisation du stock de données:** PNLP

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** Complétude, exactitude

**Présentation des données:** Tableaux, graphiques

**Révision des données:** Après vérification au niveau des sites

**Fréquence de rapportage des données:** Mensuelle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** Nouvelle approche d'où la collecte susceptible d'être laborieuse

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** Formation des enquêteurs

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2013		17,0%	
2014	50,0%		
2015	80,0%		

**CETTE FORME A ÉTÉ MISE À JOUR LE: 06 JUIN 2013**

<b>Nom de l'indicateur:</b> Proportion des cas de paludisme traités conformément aux directives nationales avec un antipaludique chez les enfants de moins de 5 ans			
<b>DESCRIPTION</b>			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Nombre des cas de paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans traités correctement les CTA conformément aux directives nationales			
<b>Unité de mesure:</b> Proportion			
<b>Méthode de calcul:</b> <b>Numérateur:</b> Nombre de cas de paludisme simple chez les enfants de moins de 5 traités avec les ACT conformément aux directives nationales x 100 <b>Dénominateur:</b> Nombre total de cas de paludisme survenu chez les enfants de moins de 5 ans dans la communauté ou les formations sanitaires enquêtés			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Cet indicateur permet d'apprécier la précocité du diagnostic et du traitement selon les directives nationales			
<b>PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES</b>			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Enquête			
<b>Sources des données:</b> EDS, MIS			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Tous les 2 à 5 ans			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> INS, PNLP			
<b>Localisation du stock de données:</b> INS, PNLP			
<b>PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES</b>			
<b>Analyse des données:</b> S'assurer de la complétude et de l'exactitude des données			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques et cartes			
<b>Révision des données:</b> -			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Tous les 2 à 5 ans			
<b>PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES</b>			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Difficulté dans la collecte des données			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Supervision des enquêteurs			
<b>VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>			
	<b>Cible</b>	<b>Actuel</b>	<b>Commentaires</b>
2013	30,0%	2,7% (MICS 2010)	
2014	40,0%		
2015	60,0%		
<b>CETTE FICHE A ÉTÉ MISE A JOUR LE: 06 JUIN 2013</b>			

<b>Nom de l'indicateur:</b> <b>Proportion des enfants de moins de 5 ans avec une fièvre ayant été traités avec les CTA</b>			
<b>DESCRIPTION</b>			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Proportion d'enfants avec une fièvre ayant bénéficié des CTA sans avoir subi un test parasitologique au préalable			
<b>Unité de mesure:</b> Proportion			
<b>Méthode de calcul:</b> <b>Numérateur:</b> Nombre des enfants de moins de 5 ans avec une fièvre ayant bénéficié des CTA sans avoir bénéficié d'un test de diagnostic du paludisme <b>Dénominateur:</b> Nombre total des enfants de moins de 5 ans ayant fait la fièvre			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Cet indicateur permet d'apprécier le respect des directives nationales			
<b>PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES</b>			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Enquête			
<b>Sources des données:</b> Enquête ménage et enquête dans les formations sanitaires			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Tous les 2 à 5 ans			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> INS, PNLP			
<b>Localisation du stock de données:</b> INS, PNLP			
<b>PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES</b>			
<b>Analyse des données:</b> S'assurer de la complétude et de l'exactitude des données			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> -			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Tous les 2 à 5 ans			
<b>PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES</b>			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Difficulté dans la collecte des données			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Supervision des enquêteurs			
<b>VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>			
	<b>Cible</b>	<b>Actuel</b>	<b>Commentaires</b>
2013		2,7%	
2014	25,0%		
2015	50,0%		
<b>CETTE FICHE A ÉTÉ MISE A JOUR LE: 06 JUIN 2013</b>			

<b>Nom de l'indicateur:</b> Pourcentage des personnes hospitalisées pour paludisme grave qui ont reçu un traitement correct dans les établissements des soins			
<b>DESCRIPTION</b>			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Proportion des cas de paludisme grave correctement pris en charge au niveau des structures de soins			
<b>Unité de mesure:</b> Pourcentage			
<b>Méthode de calcul:</b> <b>Numérateur:</b> Nombre de cas de paludisme grave traités conformément aux directives nationales x 100 <b>Dénominateur:</b> Nombre total de cas de paludisme grave reçus au niveau des structures des soins			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Cet indicateur permet d'apprécier la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave			
<b>PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES</b>			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Routine			
<b>Sources des données:</b> SNIS			
<b>Horaire/Fréquence de la collecte de données:</b> Mensuelle			
<b>Organisation/Individu(s) responsable:</b> PNL			
<b>Localisation du stock de données:</b> PNL			
<b>PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES</b>			
<b>Analyse des données:</b> S'assurer de la complétude et de l'exactitude des données			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> -			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
<b>PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES</b>			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Difficulté dans la collecte des données			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Supervision des enquêteurs			
<b>VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>			
	<b>Cible</b>	<b>Actuel</b>	<b>Commentaires</b>
2013		ND	
2014	70,0%		
2015	80,0%		
<b>CETTE FICHE A ÉTÉ MISE A JOUR LE: 06 JUIN 2013</b>			

Nom de l'indicateur:

Proportion des cas de paludisme grave confirmés par rapport à tous les cas de paludisme confirmés.

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** Proportion des cas de paludisme grave confirmés

**Unité de mesure:** Proportion

**Méthode de calcul:**

**Numérateur:** Nombre de cas de paludisme grave confirmés par la microscopie ou le TDR

**Dénominateur:** Nombre total des cas de paludisme (simple + grave) confirmés par la microscopie ou le TDR

**Désagrégée par:** Province

**Justification et gestion utilitaire:** Cet indicateur permet d'apprécier la qualité de la prise en charge des cas de paludisme

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** SNIS

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** Mensuelle

**Organisation, Individu(s) responsable:** PNLP

**Localisation du stock de données:** PNLP

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** S'assurer de la complétude et de l'exactitude des données

**Présentation des données:** Tableaux, graphiques et cartes

**Révision des données:** Possible après vérification sur le terrain

**Fréquence de rapportage des données:** Mensuelle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** Difficulté dans la collecte des données

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** Formation des prestataires

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2013		5,0%	Valeur de base = étude
2014	4,0%		
2015	2,0%		

CETTE FICHE A ÉTÉ MISE A JOUR LE: 06 JUIN 2013

Nom de l'indicateur:

Proportion des Laboratoires présentant des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour la microscopie

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** Proportion des laboratoires capables de réaliser la microscopie selon les normes

**Unité de mesure:** Proportion

**Méthode de calcul:**

**Numérateur:** Nombre de laboratoires ayant présenté des performances satisfaisantes pour la microscopie

**Dénominateur:** Nombre de laboratoires concernés

**Désagrégée par:** Province

**Justification et gestion utilitaire:** Cet indicateur permet d'apprécier la précocité du diagnostic selon les directives nationales

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** SNIS

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** Trimestrielle

**Organisation, individu(s) responsable:** PNL

**Localisation du stock de données:** PNL

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** S'assurer de la complétude et de l'exactitude des données

**Présentation des données:** Tableaux, graphiques et cartes

**Révision des données:** Possible après vérification au niveau du terrain

**Fréquence de rapportage des données:** Trimestrielle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** -

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** -

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2013		ND	
2014	60,0%		
2015	80,0%		

CETTE FICHE A ÉTÉ MISE A JOUR LE: 06 JUIN 2013

Nom de l'indicateur:

Proportion des formations sanitaire (FOSA) présentant des performances satisfaisantes d'assurance qualité externe pour les tests de diagnostic rapide (TDR)

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** Proportion des FOSA capables de réaliser les TDR selon les normes

**Unité de mesure:** Proportion

**Méthode de calcul:**

**Numérateur:** Nombre de FOSA présentant des performances satisfaisantes pour la réalisation des TDR

**Dénominateur:** Nombre des FOSA fonctionnelles concernées

**Désagrégée par:**

**Justification et gestion utilitaire:** Cet indicateur permet d'apprécier la qualité du diagnostic selon les directives nationales

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** SNIS

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** Trimestrielle

**Organisation, individu(s) responsable:** PNLP

**Localisation du stock de données:** PNLP

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** S'assurer de la complétude et de l'exactitude des données

**Présentation des données:** Tableaux, graphiques, cartes

**Révision des données:** Possible après vérification sur le terrain

**Fréquence de rapportage des données:** Trimestrielle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** -

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** -

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2013		ND	
2014	60,0%		
2015	80,0%		

CETTE FICHE A ÉTÉ MISE A JOUR LE: 06 JUIN 2013

<b>Nom de l'indicateur:</b> Pourcentage des mères et personnes ayant la garde d'enfants qui sont capables de reconnaître au moins deux signes de danger chez un enfant fébrile de moins de 5 ans			
<b>DESCRIPTION</b>			
<b>Définition(s) précise(s):</b> La proportion des mères et gardiens d'enfants capables de reconnaître les signes de gravité chez les enfants de moins de 5 ans avec fièvre			
<b>Unité de mesure:</b> Proportion			
<b>Méthode de calcul:</b> <b>Numérateur:</b> Nombre de mères et gardiens d'enfants qui sont capables de reconnaître au moins deux signes de danger de la fièvre, paludisme pouvant survenir chez les enfants de moins de 5 ans x 100 <b>Dénominateur:</b> Nombre total des mères et gardiens d'enfants enquêtés dans la communauté concernée			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> La meilleure connaissance des signes de danger du paludisme constitue une première et importante étape vers le changement de comportement			
<b>PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES</b>			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Enquêtes auprès des ménages			
<b>Sources des données:</b> Enquêtes des populations			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> 3 à 5 ans			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> Mini plan/Mini santé			
<b>Localisation du stock de données:</b> Mini plan/Mini santé/PNLP			
<b>PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES</b>			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exhaustivité, exactitude des données			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> Après vérification au niveau des sites			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> 3 à 5 ans			
<b>PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES</b>			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Faible qualité des données collectées			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Supervision des enquêteurs			
<b>VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>			
	<b>Cible</b>	<b>Actuel</b>	<b>Commentaires</b>
2013	80,0%	49,3%	Source: Survey of Ecole de Santé Publique (73 zones de santé soutenues par le Fonds mondial 2010)
2014	90,0%		
2015	95,0%		
<b>CETTE FICHE A ÉTÉ MISE A JOUR LE: 06 JUIN 2013</b>			

<b>Nom de l'indicateur:</b> Proportion des établissements de santé soumettant les rapports complets dans les délais souhaités, conformément aux directives nationales			
<b>DESCRIPTION</b>			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Proportion des rapports des ZS complets et transmis dans le délai			
<b>Unité de mesure:</b> Proportion			
<b>Méthode de calcul:</b> <b>Numérateur:</b> Nombre de ZS ayant transmis des rapports complets d'activités du PNLN dans les délais souhaités <b>Dénominateur:</b> Nombre total de ZS concernées			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> La complétude des données est importante car elle détermine la prise des décisions et permet d'apprécier le niveau d'efficacité de la transmission des rapports			
<b>PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES</b>			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Routine			
<b>Sources des données:</b> SNIS			
<b>Horaire, Fréquence de la collecte de données:</b> Mensuelle			
<b>Organisation, Individu(s) responsable:</b> CS, BCZS, PNLN			
<b>Localisation du stock de données:</b> CS, BCZS, PNLN			
<b>PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES</b>			
<b>Analyse des données:</b> Exhaustivité			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques			
<b>Révision des données:</b> Après vérification			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
<b>PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES</b>			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Tenue irrégulière des réunions de validation des données			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Appuyer la tenue des réunions de validation des données			
<b>VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>			
	<b>Cible</b>	<b>Actuel</b>	<b>Commentaires</b>
2013	90,0%	87,0%	Source: Rapport PNLN 2012
2014	95,0%		
2015	100,0%		
<b>CETTE FICHE A ÉTÉ MISE A JOUR LE: 06 JUIN 2013</b>			

<b>Nom de l'indicateur:</b> <b>Nombre de MILDA distribuées lors des campagnes de distribution de masse</b>			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Nombre total de MILDA distribuées au cours des campagnes de masse			
<b>Unité de mesure:</b> Nombre			
<b>Méthode de calcul:</b> Nombre total de MILDA distribuées aux ménages lors des campagnes de masse organisées dans les provinces			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Il permet d'apprécier le niveau de mise en œuvre des activités visant la couverture universelle			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Routine			
<b>Sources des données:</b> Rapports des campagnes			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> 2 ans			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> CS, BCZS, PNLP			
<b>Localisation du stock de données:</b> CS, BCZS, PNLP			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> Exhaustivité, complétude des données.			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> Après vérification au niveau des sites			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Annuelle			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Qualité des données			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Supervisions des prestataires.			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2013	4 117 771	9 443 749	Rapport PNLP
2014	5 507 871		
2015	8 518 277		
CETTE FICHE A ÉTÉ MISE A JOUR LE: 06 JUIN 2013			

Nom de l'indicateur: Proportion des enfants de moins d'un an ayant reçu une MILDA lors des CPS			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Proportion d'enfants de moins d'un an ayant reçu une MILDA au cours de leurs visites de CPS			
<b>Unité de mesure:</b> Proportion			
<b>Méthode de calcul:</b>			
<b>Numérateur:</b> Nombre total d'enfants de moins d'un an ayant bénéficié d'une MILDA au cours des visites de CPS			
<b>Dénominateur:</b> Nombre total d'enfants de moins d'1 an reçus à la CPS.			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Il permet d'apprécier le niveau des couvertures des populations vulnérables au paludisme par l'utilisation des MILDA			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Routine			
<b>Sources des données:</b> SNIS			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Mensuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> CS, BCZS, PNL			
<b>Localisation du stock de données:</b> CS, BCZS, PNL			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exhaustivité			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> Après vérification au niveau des sites de distribution			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Faible qualité des données			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Formation et supervision des prestataires			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2013	2 714 791		
2014	3 106 927	406 447	
2015	32 00 135		
CETTE FICHE A ÉTÉ MISE A JOUR LE: 06 JUIN 2013			

Nom de l'indicateur: Proportion des femmes enceintes ayant reçu une MILDA lors des CPN			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Proportion des femmes enceintes bénéficiaires d'une MILDA au cours des visites de CPN			
<b>Unité de mesure:</b> Proportion			
<b>Méthode de calcul:</b>			
<b>Numérateur:</b> Nombre total des femmes enceintes ayant bénéficié d'une MILDA au cours de la CPN			
<b>Dénominateur:</b> Nombre total de femmes enceintes reçues à la CPN			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Il permet d'apprécier le niveau des couvertures des populations vulnérables au paludisme par l'utilisation des MILDA			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Routine			
<b>Sources des données:</b> SNIS			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Mensuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> CS, BCZS, PNLP			
<b>Localisation du stock de données:</b> CS, BCZS, PNLP			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exhaustivité			
<b>Présentation des données:</b> tableaux, graphiques, cartes			
<b>Révision des données:</b> Après vérification au niveau des sites de distribution			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Faible qualité des données			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Formation et supervision des prestataires			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2013	3 111 508	463 298	
2014	3 560 948		
2015	3 667 776		
CETTE FICHE A ÉTÉ MISE A JOUR LE: 06 JUIN 2013			

<b>Nom de l'indicateur:</b>			
<b>Taux de positivité des tests de paludisme</b>			
<b>DESCRIPTION</b>			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Proportion des personnes avec un cas suspect de paludisme testés positif par rapport au nombre total de personnes avec un cas suspect de paludisme ayant bénéficié d'un diagnostic par le TDR ou la microscopie			
<b>Unité de mesure:</b> Proportion			
<b>Méthode de calcul:</b>			
<b>Numérateur:</b> Nombre des cas de paludisme confirmés le TDR ou la microscopie x 100			
<b>Dénominateur:</b> Nombre des cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un diagnostic par le TDR ou la microscopie			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Il permet d'apprécier la morbidité liée au paludisme dans la communauté			
<b>PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES</b>			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Routine			
<b>Sources des données:</b> SNIS			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Mensuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> CS, BCZS, PNLP			
<b>Localisation du stock de données:</b> CS, BCZS, PNLP			
<b>PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES</b>			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exhaustivité.			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux/graphiques/Cartes			
<b>Révision des données:</b> Après vérification au niveau des formations sanitaires			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
<b>PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES</b>			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> Faible qualité des données			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> Formation et supervision des prestataires			
<b>VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>			
	<b>Cible</b>	<b>Actuel</b>	<b>Commentaires</b>
2013	50,0%	63,0%	
2014	35,0%		
2015	25,0%		
<b>CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013</b>			

<b>Nom de l'indicateur:</b> Pourcentage de structures sanitaires sans ruptures de stocks de en ACT de plus d'une semaine dans les trois derniers mois au niveau des ZS			
<b>DESCRIPTION</b>			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Pourcentage des structures sanitaires (SS) ayant connu une rupture en ACT pendant une semaine			
<b>Unité de mesure:</b> Pourcentage			
<b>Méthode de calcul:</b> <b>Numérateur:</b> Nombre de structures sanitaires ayant connu une rupture de stock au cours du trimestre <b>Dénominateur:</b> Total des structures sanitaires concernées			
<b>Désagrégée par:</b> Province			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Il apprécie la disponibilité des intrants antipaludiques au niveau des structures sanitaires			
<b>PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES</b>			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Routine			
<b>Sources des données:</b> SNIS			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Mensuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> CS, BCZS, PNLP			
<b>Localisation du stock de données:</b> CS, BCZS, PNLP			
<b>PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES</b>			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exhaustivité.			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux/graphiques/Cartes			
<b>Révision des données:</b> Après vérification au niveau des structures sanitaires			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
<b>PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES</b>			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> -			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> -			
<b>VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>			
	<b>Cible</b>	<b>Actuel</b>	<b>Commentaires</b>
2013	<30,0%	36,0%	Rapp, PNLP
2014	<25,0%		
2015	<20,0%		
<b>CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013</b>			

\* Médicaments et produits antipaludiques du paquet minimum d'activités de lutte antipaludique (CTA, TDR, SP et MILD de routine) pour les formations sanitaires de 1<sup>er</sup> échelon y compris ceux du PCA (Artésunate injectable et quinine injectable) pour les structures de référence.

Nom de l'indicateur:

Pourcentage de structures sanitaires sans ruptures de stocks de en Artésunate injectable de plus d'une semaine dans les trois derniers mois au niveau des ZS

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** Pourcentage des structures sanitaires (SS) ayant connu une rupture en Artésunate injectable pendant une semaine

**Unité de mesure:** Pourcentage

**Méthode de calcul:**

**Numérateur:** Nombre de structures sanitaires ayant connu une rupture de stock au cours du trimestre

**Dénominateur:** Total des structures sanitaires concernées

**Désagrégée par:** Province

**Justification et gestion utilitaire:** Il apprécie la disponibilité des intrants antipaludiques au niveau des structures sanitaires

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** SNIS

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** Mensuelle

**Organisation, individu(s) responsable:** CS, BCZS, PNLP

**Localisation du stock de données:** CS, BCZS, PNLP

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** Complétude, exhaustivité.

**Présentation des données:** tableaux, graphiques, cartes

**Révision des données:** Après vérification au niveau des structures sanitaires

**Fréquence de rapportage des données:** Mensuelle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):**

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:**

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2013	<30,0%	36,0%	Rapp, PNLP
2014	<25,0%		
2015	<20,0%		

CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013

**Nom de l'indicateur:**

**Pourcentage de structures sanitaires sans ruptures de stocks de en Quinine injectable de plus d'une semaine dans les trois derniers mois au niveau des ZS**

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** Pourcentage des structures sanitaires (SS) ayant connu une rupture en Quinine injectable pendant une semaine

**Unité de mesure:** Pourcentage

**Méthode de calcul:**

**Numérateur:** Nombre de structures sanitaires ayant connu une rupture de stock au cours du trimestre

**Dénominateur:** Total des structures sanitaires concernées

**Désagrégée par:** Province

**Justification et gestion utilitaire:** Il apprécie la disponibilité des intrants antipaludiques au niveau des structures sanitaires

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** SNIS

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** Mensuelle

**Organisation, individu(s) responsable:** CS, BCZS, PNLP

**Localisation du stock de données:** CS, BCZS, PNLP

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** Complétude, exhaustivité

**Présentation des données:** Tableaux/graphiques/Cartes

**Révision des données:** Après vérification au niveau des structures sanitaires

**Fréquence de rapportage des données:** Mensuelle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** -

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** -

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2013	<30,0%	36,0%	Rapp, PNLP
2014	<25,0%		
2015	<20,0%		

**CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013**

**Nom de l'indicateur:**

**Pourcentage de structures sanitaires sans ruptures de stocks de en SP de plus d'une semaine dans les trois derniers mois au niveau des ZS**

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** Pourcentage des structures sanitaires (SS) ayant connu une rupture en SP pendant une semaine

**Unité de mesure:** Pourcentage

**Méthode de calcul:**

**Numérateur:** Nombre de structures sanitaires ayant connu une rupture de stock au cours du trimestre

**Dénominateur:** Total des structures sanitaires concernées

**Désagrégée par:** Province

**Justification et gestion utilitaire:** Il apprécie la disponibilité des intrants antipaludiques au niveau des structures sanitaires

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** SNIS

**Horaire fréquence de la collecte de données:** Mensuelle

**Organisation, individu(s) responsable:** CS, BCZS, PNLP

**Localisation du stock de données:** CS, BCZS, PNLP

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** Complétude, exhaustivité

**Présentation des données:** Tableaux, graphiques, cartes

**Révision des données:** Après vérification au niveau des structures sanitaires

**Fréquence de rapportage des données:** Mensuelle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** -

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** -

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2013	<30,0%	36,0%	Rapp, PNLP
2014	<25,0%		
2015	<20,0%		

**CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013**

**Nom de l'indicateur:**

**Pourcentage de structures sanitaires sans ruptures de stocks de en TDR de plus d'une semaine dans les trois derniers mois au niveau des ZS**

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** Pourcentage des structures sanitaires (SS) ayant connu une rupture en TDR pendant une semaine

**Unité de mesure:** Pourcentage

**Méthode de calcul:**

**Numérateur:** Nombre de structures sanitaires ayant connu une rupture de stock au cours du trimestre

**Dénominateur:** Total des structures sanitaires concernées

**Désagrégée par:** Province

**Justification et gestion utilitaire:** Il apprécie la disponibilité des intrants antipaludiques au niveau des structures sanitaires

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** SNIS

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** Mensuelle

**Organisation, individu(s) responsable:** CS, BCZS, PNL

**Localisation du stock de données:** CS, BCZS, PNL

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** Complétude, exhaustivité

**Présentation des données:** Tableaux, graphiques, cartes

**Révision des données:** Après vérification au niveau des structures sanitaires

**Fréquence de rapportage des données:** Mensuelle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** -

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** -

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2013	<30,0%	36,0%	Rapp, PNL
2014	<25,0%		
2015	<20,0%		

**CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013**

**Nom de l'indicateur:**

**Pourcentage de structures sanitaires sans ruptures de stocks de en MILD de plus d'une semaine dans les trois derniers mois au niveau des ZS**

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** Pourcentage des structures sanitaires (SS) ayant connu une rupture en MILD pendant une semaine

**Unité de mesure:** Pourcentage

**Méthode de calcul:**

**Numérateur:** Nombre de structures sanitaires ayant connu une rupture de stock au cours du trimestre

**Dénominateur:** Total des structures sanitaires concernées

**Désagrégée par:** Province

**Justification et gestion utilitaire:** Il apprécie la disponibilité des intrants antipaludiques au niveau des structures sanitaires

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** SNIS

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** Mensuelle

**Organisation/Individu(s) responsable:** CS, BCZS, PNLP

**Localisation du stock de données:** CS, BCZS, PNLP

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** Complétude, exhaustivité.

**Présentation des données:** Tableaux, graphiques, cartes

**Révision des données:** Après vérification au niveau des structures sanitaires

**Fréquence de rapportage des données:** Mensuelle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** -

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** -

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2013	<30,0%	36,0%	Rapp/ PNLP
2014	<25,0%		
2015	<20,0%		

**CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013**

Nom de l'indicateur:

Nombre de personnel de santé formé, recyclé sur la prise en charge des cas de paludisme dans les ZS

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** Nombre total des prestataires formés sur la prise en charge des cas de paludisme

**Unité de mesure:** Nombre

**Méthode de calcul:** Nombre total des personnels de santé formés, recyclés sur la PEC

**Désagrégée par:** ZS

**Justification et gestion utilitaire:** Il apprécie la qualité des prestataires sur la prise en charge des cas de paludisme

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** Rapports des formations

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** Mensuelle

**Organisation, individu(s) responsable:** CS, BCZS, PNLP

**Localisation du stock de données:** CS, BCZS, PNLP

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** Complétude, exhaustivité.

**Présentation des données:** Tableaux/graphiques

**Révision des données:** -

**Fréquence de rapportage des données:** Annuelle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** -

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** -

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2013		5 466	Rapports de formation
2014			
2015			

CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013

**Nom de l'indicateur:**

**Nombre de techniciens de laboratoire recyclés sur la microscopie et les TDR**

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** Nombre total techniciens de laboratoire recyclés sur la microscopie et les TDR

**Unité de mesure:** Nombre

**Méthode de calcul:** Comptage des techniciens de laboratoire formés

**Désagrégée par:** Province/ZS

**Justification et gestion utilitaire:** Il apprécie la qualité des prestataires sur la prise en charge des cas de paludisme

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** Rapports des formations

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** Mensuelle

**Organisation, individu(s) responsable:** CS, BCZS, PNLP

**Localisation du stock de données:** CS, BCZS, PNLP

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** Complétude, exhaustivité.

**Présentation des données:** Tableaux, graphiques

**Révision des données:** -

**Fréquence de rapportage des données:** Annuelle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** -

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** -

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2012		650	Rapports de formation
2013			
2014			

**CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013**

**Nom de l'indicateur:**

**Nombre de relais communautaires (RECO) formés/ recyclés dans la prise en charge du paludisme dans les ZS**

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** Nombre total de relais communautaires formés/ recyclés dans la prise en charge du paludisme

**Unité de mesure:** Nombre

**Méthode de calcul:** Comptage de RECO formés

**Désagrégée par:** Province/ZS

**Justification et gestion utilitaire:** Il apprécie la proportion des agents communautaires formés sur la Communication en vue de mobiliser la communauté pour un changement de comportement

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** Rapports des formations

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** Mensuelle

**Organisation, individu(s) responsable:** CS, BCZS, PNL

**Localisation du stock de données:** CS, BCZS, PNL

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** Complétude, exhaustivité.

**Présentation des données:** Tableaux, graphiques

**Révision des données:** -

**Fréquence de rapportage des données:** Annuelle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** -

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** -

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2012		9 520	Rapports de formation
2013			
2014			

**CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013**

<b>Nom de l'indicateur:</b> <b>Nombre de gouttes épaisses (GE) réalisées</b>			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Nombre total des GE réalisées au niveau des formations sanitaires			
<b>Unité de mesure:</b> Nombre			
<b>Méthode de calcul:</b> Comptage des GE réalisées			
<b>Désagrégée par:</b> Province, ZS			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Il permet de faire la triangulation avec les données sur la gestion des intrants			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Routine			
<b>Sources des données:</b> Rapports des laboratoires			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Mensuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> CS, BCZS, PNLP			
<b>Localisation du stock de données:</b> CS, BCZS, PNLP			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exhaustivité			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques			
<b>Révision des données:</b> -			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> -			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> -			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2012		4 329 318	Données 2012 PNLP
2013			
2014			
CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013			

<b>Nom de l'indicateur:</b> <b>Nombre de TDR réalisés</b>			
<b>DESCRIPTION</b>			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Nombre total de TDR réalisés au niveau des formations sanitaires			
<b>Unité de mesure:</b> Nombre			
<b>Méthode de calcul:</b> Comptage des TDR réalisés			
<b>Désagrégée par:</b> Province/ZS			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Il permet de faire la triangulation avec les données sur la gestion des intrants			
<b>PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES</b>			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Routine			
<b>Sources des données:</b> Rapports des laboratoires			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Mensuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> CS, BCZS, PNLP			
<b>Localisation du stock de données:</b> CS, BCZS, PNLP			
<b>PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES</b>			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exhaustivité			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques			
<b>Révision des données:</b> -			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
<b>PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES</b>			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> -			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> -			
<b>VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>			
	<b>Cible</b>	<b>Actuel</b>	<b>Commentaires</b>
2012		3 327 071	Données 2012 PNLP
2013			
2014			
<b>CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013</b>			

<b>Nom de l'indicateur:</b> <b>Nombre de cas de paludisme simple ayant reçu un traitement anti paludique correct (ACT) dans les ZS</b>			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Nombre total cas de paludisme simple traités selon les directives nationales			
<b>Unité de mesure:</b> Nombre			
<b>Méthode de calcul:</b> Comptage des cas de paludisme ayant bénéficié des CTA conformément aux directives			
<b>Désagrégée par:</b> Province, ZS			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Il apprécie l'application des directives par les prestataires			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Routine			
<b>Sources des données:</b> Fiches de traitement			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Mensuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> CS, BCZS, PNL			
<b>Localisation du stock de données:</b> CS, BCZS, PNL			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exhaustivité.			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques			
<b>Révision des données:</b> -			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> -			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> -			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2012		ND	
2013			
2014			
CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013			

<b>Nom de l'indicateur:</b> <b>Nombre de cas de paludisme admis au niveau des structures sanitaires</b>			
DESCRIPTION			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Nombre total des cas reçu au niveau des formations sanitaires			
<b>Unité de mesure:</b> Nombre			
<b>Méthode de calcul:</b> Comptage des cas de paludisme			
<b>Désagrégée par:</b> Province, ZS			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Il permet d'apprécier l'incidence du paludisme			
PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Routine			
<b>Sources des données:</b> Rapports hebdomadaire MAPEPI			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Mensuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> CS, BCZS, PNLP			
<b>Localisation du stock de données:</b> CS, BCZS, PNLP			
PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exhaustivité			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques			
<b>Révision des données:</b> -			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> -			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> -			
VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE			
	Cible	Actuel	Commentaires
2012		9 128 398	Données 2012 PNLP
2013			
2014			
CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013			

<b>Nom de l'indicateur:</b> <b>Nombre des décès dus au paludisme</b>			
<b>DESCRIPTION</b>			
<b>Définition(s) précise(s):</b> Nombre total de décès dus au paludisme enregistrés			
<b>Unité de mesure:</b> Nombre			
<b>Méthode de calcul:</b> Comptage des décès dus au paludisme			
<b>Désagrégée par:</b> Province, ZS			
<b>Justification et gestion utilitaire:</b> Il permet de contribuer à la surveillance de la mortalité liée au paludisme			
<b>PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES</b>			
<b>Méthode de collecte de données:</b> Routine			
<b>Sources des données:</b> Rapports hebdomadaire MAPEPI			
<b>Horaire, fréquence de la collecte de données:</b> Mensuelle			
<b>Organisation, individu(s) responsable:</b> CS, BCZS, PNLP			
<b>Localisation du stock de données:</b> CS, BCZS, PNLP			
<b>PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES</b>			
<b>Analyse des données:</b> Complétude, exhaustivité.			
<b>Présentation des données:</b> Tableaux, graphiques			
<b>Révision des données:</b> -			
<b>Fréquence de rapportage des données:</b> Mensuelle			
<b>PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES</b>			
<b>Limitations des données et leur signification (si applicable):</b> -			
<b>Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:</b> -			
<b>VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>			
	<b>Cible</b>	<b>Actuel</b>	<b>Commentaires</b>
2013		21 601	Données 2012 PNLP
2014			
2015			
<b>CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013</b>			

Nom de l'indicateur:

Nombre de spots télé et radio diffusés sur le paludisme

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** Nombre total de messages radio et télé diffusés sur le paludisme au cours de la période

**Unité de mesure:** Nombre

**Méthode de calcul:** Comptage des messages diffusés

**Désagrégée par:** Province, ZS

**Justification et gestion utilitaire:** Il permet d'apprécier les efforts de la communication pour le changement de comportement des populations cibles

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** Rapports des médias

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** Mensuelle

**Organisation, individu(s) responsable:** CS, BCZS, PNLP

**Localisation du stock de données:** CS, BCZS, PNLP

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** Complétude, exhaustivité

**Présentation des données:** Tableaux/graphiques

**Révision des données:** -

**Fréquence de rapportage des données:** Mensuelle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** -

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** -

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2013		ND	
2014			
2015			

CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013

**Nom de l'indicateur:**

Nombre des personnes formées sur la gestion du système national d'information sanitaire

**DESCRIPTION**

**Définition(s) précise(s):** Nombre total de personnes ayant bénéficié d'une formation sur le SNIS

**Unité de mesure:** Nombre

**Méthode de calcul:** Comptage des cas personnes formées

**Désagrégée par:** Province, ZS

**Justification et gestion utilitaire:** Il permet d'apprécier les capacités des prestataires dans la gestion des données

**PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES**

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** Rapports des formations

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** Mensuelle

**Organisation, individu(s) responsable:** CS, BCZS, PNLP

**Localisation du stock de données:** CS, BCZS, PNLP

**PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES**

**Analyse des données:** Complétude, exhaustivité

**Présentation des données:** Tableaux, graphiques

**Révision des données:** -

**Fréquence de rapportage des données:** Annuelle

**PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES**

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** -

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** -

**VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE**

	Cible	Actuel	Commentaires
2013		ND	
2014			
2015			

**CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013**

**Nom de l'indicateur:**

**Pourcentage de provinces ayant transmis à temps le rapport trimestriel complet au niveau national**

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** Nombre total de provinces ayant transmis leurs rapports dans le délai par rapport à toutes les provinces devant soumettre des rapports

**Unité de mesure:** Nombre

**Méthode de calcul:**

**Numérateur:** Nombre total de provinces ayant soumis leurs rapports dans le délai

**Dénominateur:** Nombre total de provinces devant soumettre leurs rapports

**Désagrégée par:** Province

**Justification et gestion utilitaire:** Il permet la promptitude dans l'envoi des rapports

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** Tableau de suivi PNLP central

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** Mensuelle

**Organisation, individu(s) responsable:** PNLP

**Localisation du stock de données:** PNLP

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** Complétude, exhaustivité.

**Présentation des données:** Tableaux, graphiques

**Révision des données:** -

**Fréquence de rapportage des données:** Trimestrielle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** -

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** -

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2013		87,0%	Données 2012 PNLP
2014	90,0%		
2015	95,0%		

**CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013**

**Nom de l'indicateur:**

**Nombre de Division provinciales de la santé (DPS) ayant reçu au moins une supervision du niveau central durant le trimestre**

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** Nombre total des DPS bénéficiaires des visites de supervision au cours du trimestre

**Unité de mesure:** Nombre

**Méthode de calcul:** Comptage des provinces visitées

**Désagrégée par:** Province

**Justification et gestion utilitaire:** Il permet d'apprécier le renforcement des capacités et le suivi des provinces par le niveau national

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** Rapports des supervisions

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** Trimestrielle

**Organisation, individu(s) responsable:** PNL

**Localisation du stock de données:** PNL

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** Complétude, exhaustivité

**Présentation des données:** Tableaux, graphiques

**Révision des données:** -

**Fréquence de rapportage des données:** Trimestrielle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** -

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** -

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2013		19	Données 2012 PNL
2014			
2015			

**CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013**

**Nom de l'indicateur:**

**Nombre de zones de santé (ZS) ayant reçu au moins une supervision du niveau provincial durant le trimestre**

#### DESCRIPTION

**Définition(s) précise(s):** Nombre total de ZS bénéficiaires des visites de supervision au cours du trimestre

**Unité de mesure:** Nombre

**Méthode de calcul:** Comptage des ZS visitées

**Désagrégée par:** Province/ZS

**Justification et gestion utilitaire:** Il permet d'apprécier le renforcement des capacités et le suivi des ZS par le niveau provincial

#### PLAN DE COLLECTE DE DONNÉES

**Méthode de collecte de données:** Routine

**Sources des données:** Rapports des supervisions

**Horaire, fréquence de la collecte de données:** Trimestrielle

**Organisation, individu(s) responsable:** PNL

**Localisation du stock de données:** PNL

#### PLAN POUR L'ANALYSE, LE RAPPORTAGE ET LA RÉVISION DES DONNÉES

**Analyse des données:** Complétude, exhaustivité.

**Présentation des données:** Tableaux, graphiques

**Révision des données:** -

**Fréquence de rapportage des données:** Trimestrielle

#### PROBLÈMES DE QUALITÉ DES DONNÉES

**Limitations des données et leur signification (si applicable):** -

**Actions prises ou planifiées pour adresser ces limitations:** -

#### VALEURS ET CIBLES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE

	Cible	Actuel	Commentaires
2013		ND	
2014	310		
2015	516		

**CETTE FICHE A ÉTÉ ETABIE LE: 06 JUIN 2013**

## ANNEXE 2: OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES



**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**  
**MINISTRE DE LA SANTÉ**  
**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME**  
**FORMULAIRE I: RAPPORT MENSUEL COMPLEMENTAIRE AU SNIS**  
**CENTRE DE SANTÉ**



Mois: ..... Trimestre: ..... Année: .....  
 Province: ..... District Administratif: ..... Territoire/commune: .....  
 Zone de Santé: ..... Aire de Santé: ..... Centre de santé: .....  
 Population totale de l'AS: ..... Enfants de moins de 5 ans: ..... Femmes enceintes: .....

DONNEES		NOMBRE	
1	Nouveaux cas vus en consultation pour toutes causes confondues	0-5 ans	-
		> 5 ans	-
		Femmes enceintes	-
2	Nouveaux cas vus en consultation pour paludisme simple	0-5 ans	-
		> 5 ans	-
		Femmes enceintes	-
3	Nouveaux cas vus en consultation pour paludisme grave	0-5 ans	-
		> 5 ans	-
		Femmes enceintes	-
4	Nouveaux cas vus en consultation pour paludisme grave et transférés vers une structure hospitalière appropriée	-	
5	Doses d'artésunate-amodiaquine utilisées par tranche d'âge	< 1 an	-
		1 à 5 ans	-
		5 à 14 ans	-
		14 ans et plus	-
6	Femmes enceintes reçues en CPN (première consultation)	-	
7	Femmes enceintes ayant reçu la SP 1	-	
8	Femmes enceintes ayant reçu la SP 2	-	
9	MILDA reçues	-	
10	MILDA distribuées à travers la CPN	-	
11	MILDA distribuées à travers CPS	-	
12	Doses d'artésunate-amodiaquine (ASAQ) reçues par tranche d'âge	< 1 an	-
		1 à 5 ans	-
		5 à 14 ans	-
		14 ans et plus	-
13	TDR reçus	-	
14	TDR réalisés	-	
15	TDR positifs	-	
16	Jours de rupture de stock en médicaments antipaludiques (fiche de stock)	ASAQ (< 1 an)	-
		ASAQ (1-5 ans)	-
		ASAQ (5-14 ans)	-
		ASAQ (14 ans et plus)	-
		SP	-
		Quinine Comprimé	-
17	Séances de sensibilisation sur la promotion de la lutte antipaludique	-	

**Noms et signature de l'Infirmier Titulaire:**



**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**  
**MINISTERE DE LA SANTÉ**  
**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME**  
**FORMULAIRE II: RAPPORT MENSUEL COMPLEMENTAIRE AU SNIS**



**HOPITAL GENERAL DE REFERENCE**

Mois: .....Trimestre:.....Année:.....  
 Province: .....District Administratif:.....Territoire/commune: .....  
 Zone de Santé: .....Hôpital Général de référence:.....

DONNEES		NOMBRE	
1	Nouveaux cas vus en consultation externe pour toutes causes confondues	0-5 ans	-
		> 5 ans	-
		Femmes enceintes	-
2	Nouveaux cas vus en consultation externe pour paludisme simple	0-5 ans	-
		> 5 ans	-
		Femmes enceintes	-
3	Doses d'artésunate-amodiaquine utilisées / tranche d'âge	< 1 an	-
		1 à 5 ans	-
		5 à 14 ans	-
		14 ans et plus	-
4	Total de malades hospitalisés pour toutes causes confondues	0-5 ans	-
		> 5 ans	-
		Femmes enceintes	-
5	Total malade hospitalisés avec diagnostic de paludisme grave	0-5 ans	-
		> 5 ans	-
		Femmes enceintes	-
6	Total décès pour toutes causes confondues	< 5 ans	-
		≥ 5 ans	-
		Femmes enceintes	-
7	Total décès attribués au paludisme	0-5 ans	-
		> 5 ans	-
		Femmes enceintes	-
8	Femmes enceintes reçues en CPN (première consultation)	-	
9	Femmes enceintes ayant reçu la SP 1	-	
10	Femmes enceintes ayant reçu la SP 2	-	
11	MILDA reçues	-	
12	MILDA distribuées à travers la CPN	-	
13	MILDA distribuées à travers CPS	-	
14	Doses d'artésunate-amodiaquine reçues par tranche d'âge	ASAQ (< 1 an)	-
		ASAQ (1-5 ans)	-
		ASAQ (5-14 ans)	-
		ASAQ (14 ans et plus)	-
15	Doses d'artésunate-amodiaquine utilisées par tranche d'âge	ASAQ (< 1 an)	-
		ASAQ (1-5 ans)	-
		ASAQ (5-14 ans)	-
		ASAQ (14 ans et plus)	-
16 17 18	Jours de rupture de stock en médicaments antipaludiques (fiche de stock)	ASAQ (< 1 an)	-
		ASAQ (1-5 ans)	-
		ASAQ (5-14 ans)	-
		ASAQ (14 ans et plus)	-
		SP	-

DONNEES		NOMBRE
	Quinine Comprimé	-
	TDR	-
	Nombre des séances de sensibilisation sur la promotion de la lutte antipaludique	-
	Nombre de GE réalisées	-
	Nombre de GE positives	-
19	Nombre de TDR réalisées	-
20	Nombre de TDR positifs	-

**Date:**

**Nom et signature du Médecin Directeur de l'Hôpital Général de référence:**



**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**  
**MINISTRE DE LA SANTE**  
**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME**  
**FORMULAIRE III: RAPPORT MENSUEL COMPLEMENTAIRE AU SNIS**



**BUREAU CENTRAL DE ZONE DE SANTE**

Mois: ..... Trimestre: ..... Année: .....  
 Province: ..... District Administratif: ..... Territoire/commune: .....  
 Zone de Santé: .....

DONNEES DE LA ZS		NOMBRE	
1	Total nouveaux cas vus en consultation (SNIS)	0–5 ans	–
		> 5 ans	–
		Femmes enceintes	–
2	Total nouveaux cas vus en consultation externe pour paludisme simple	0–5 ans	–
		> 5 ans	–
		Femmes enceintes	–
3	Total nouveaux cas vus en consultation externe pour paludisme grave	0–5 ans	–
		> 5 ans	–
		Femmes enceintes	–
4	Total doses d’artésunate-amodiaquine utilisées/tranche d’âge (fiche de stock).	0–6 ans	–
		7 à 13 ans	–
		> 13 ans	–
5	Total décès	0–5 ans	–
		> 5 ans	–
		Femmes enceintes	–
6	Total décès attribués au paludisme	0–5 ans	–
		> 5 ans	–
		Femmes enceintes	–
7	Total de malades hospitalisés	0–5 ans	–
		> 5 ans	–
		Femmes enceintes	–
8	Total malade hospitalisés avec diagnostic de paludisme grave	0–5 ans	–
		> 5 ans	–
		Femmes enceintes	–
9	Femmes enceintes reçues en CPN (première consultation)		–
10	Femmes enceintes ayant reçu la SP 1		–
11	Femmes enceintes ayant reçu la SP 2		–
12	MILDA reçues		–
13	MILDA distribuées à travers la CPN		–
14	MILDA distribuées à travers CPS		–
15	Total doses d’artésunate-amodiaquine reçues par tranche d’âge	ASAQ (< 1 an)	–
		ASAQ (1–5 ans)	–
		ASAQ (5–14 ans)	–
		ASAQ (14 ans et plus)	–

DONNEES DE LA ZS		NOMBRE	
16	Doses d'artésunate-amodiaquine utilisées par tranche d'âge	ASAQ (< 1 an)	–
		ASAQ (1–5 ans)	–
		ASAQ (5–14 ans)	–
		ASAQ (14 ans et plus)	–
17	Nombre d'aire de santé (AS ) n'ayant pas connu de rupture de stock en médicaments antipaludiques (rumeur)	ASAQ (< 1 an)	–
		ASAQ (1–5 ans)	–
		ASAQ (5–14 ans)	–
		ASAQ (14 ans et plus)	–
		SP	–
		Quinine Comprimé	–
	TDR	–	
18	Total GE réalisées (SNIS)	–	
19	Total GE positives (SNIS)	–	
20	Total TDR réalisé	–	
19	Total TDR positif	–	
20	Nombre de prestataires de soins des formations médicales de référence (HGR et CSR) formés en PEC des cas du paludisme, gestion des intrants et monitoring	–	
21	Nombre de prestataires de soins des centres de santé formés en PEC, prévention du paludisme, gestion des intrants et monitoring	–	
22	Nombre de prestataires de laboratoire de formations médicales de référence formés en diagnostic biologique du paludisme, gestion des intrants et monitoring	–	
23	Nombre de relais communautaires formés dans les activités de lutte antipaludique au sein de la communauté, gestion des intrants et monitoring	–	
24	Nombre de prestataires de soins prénatals formés en CPN recentrées (TPI), gestion des intrants et monitoring	–	
25	Nombre de brigades d'intervention formées en pulvérisation intra domiciliaire de l'insecticide à effet rémanent, gestion des intrants et monitoring	–	
26	Nombre des séances de sensibilisation sur la promotion de la lutte antipaludique	–	
27	Nombre de visites de supervision prévues	–	
28	Nombre de visites de supervision réalisées	–	
29	Nombre de rapports complémentaires d'activités attendus	–	
30	Nombre de rapports complémentaires d'activités reçus pour PNLP	–	
31	Nombre de rapports complémentaires d'activités reçus dans le délai requis	–	

**Date:**

**Nom et signature du Médecin Chef de zone de santé:**

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Ministère du Plan RDC, Enquête Démographique et sanitaire, EDS 2007. Aout 2008.
2. Ministère de la Santé Publique RDC, Plan National de Développement Sanitaire Stratégique PNDS 2011–2015. Kinshasa Mars 2010.
3. Ministère du Plan, Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 2010. Mai 2011.
4. Fonds Mondial, Guide de Suivi et évaluation, Partie 4: Paludisme. Novembre 2011.
5. Ministère de la Santé Publique RDC, Revue du Programme Paludisme en RDC, Rapport Final. Novembre 2011.
6. OMS, Rapport sur le Paludisme dans le monde 2012.
7. Ministère de la Santé Sénégal, Manuel des procédures des activités de lutte contre le paludisme. Novembre 2012.
8. PNLP RDC, Rapport annuel des activités 2012.
9. MEASURE Evaluation, Household Survey Indicators for Malaria control. June 2013.
10. OMS-PNLP RDC-USAID/PMI, Evaluation du système de collecte des données de routine sur le paludisme dans les provinces de Kasai Occidental/Oriental, Katanga et Sud Kivu. Avril 2013.
11. MEASURE Evaluation, Examen du plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2013–2015 et du plan national de suivi et d'évaluation du paludisme 2013–2015. Janvier 2012.
12. Fonds Mondial, M&E Plan Guidelines.

## LISTE DES MEMBRES DU COMITE DE REDACTION DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION

N°	NOM & POST NOM	INSTITUTION	TÉLÉPHONE	E-mail
1	Conseiller Dieudonné KWETE	Primature	099 406 570 5	<a href="mailto:kweteshamantshiey@primature.cd">kweteshamantshiey@primature.cd</a>
2	Conseiller SHODU LOMAMI	Cabinet du Ministre	–	<a href="mailto:lshodu@msn.com">lshodu@msn.com</a>
3	Dr. Charles Mayakasa Bukaka	Secrétariat Général	099 998 7968	<a href="mailto:mayakasabukaka@yahoo.fr">mayakasabukaka@yahoo.fr</a>
4	Prof. Dr. Okito Londa	UNIKIN	099 994 5183	<a href="mailto:okitow@yahoo.fr">okitow@yahoo.fr</a>
5	Prof. Mesia Kahuna	UNIKIN	081 326 1360	<a href="mailto:gmkah@yahoo.fr">gmkah@yahoo.fr</a>
6	Dr. Jean Baptiste Sondji	Ministre Honoraire	099 993 9441	<a href="mailto:guibwila@yahoo.fr">guibwila@yahoo.fr</a>
7	Prof. Dr. Joris Losimba Likwela	PNLP	099 850 5999	<a href="mailto:drjoris@yahoo.fr">drjoris@yahoo.fr</a>
8	Dr. Albert Lukuka Kilauzi	PNLP	815 030 841	<a href="mailto:alblukuka@yahoo.fr">alblukuka@yahoo.fr</a>
9	Irénée Nyembo-Ya-Lumbu Simbombo	PNLP	970 044 392	<a href="mailto:irenenyembo@yahoo.fr">irenenyembo@yahoo.fr</a>
10	Dr. Makina a Nganga	Secrétariat Général	099 997 2262	<a href="mailto:gmakinga@yahoo.fr">gmakinga@yahoo.fr</a>
11	Dr. Jean Angbalu Egbango	D4	099 827 7650	<a href="mailto:jean.angbalu@gmail.com">jean.angbalu@gmail.com</a>
12	Dr. Achille Mudiandambu Ngamungabu	PNLP	099 887 8055	<a href="mailto:achillemudia@gmail.com">achillemudia@gmail.com</a>
13	Dr. Hyancinthe Kaseya Ilunga	PNLP	099 822 9135	<a href="mailto:kaseyailunga@yahoo.fr">kaseyailunga@yahoo.fr</a>
14	Dr. Ange Landela	INRB	–	–
15	Dr. Jacques Tshibamba	UNIKIN	–	–
16	M. Joseph Ngwanza	DLM	–	–
17	Dr. José Tchofa	USAID	081 830 3181	<a href="mailto:jthofa@usaid.gov">jthofa@usaid.gov</a>
18	Dr. John Otshudiema	PMI/USAID	081 700 80 91	<a href="mailto:jotshudiema@usaid.gov">jotshudiema@usaid.gov</a>
19	Dr. Filiberto Hernandez	PMI/CDC	–	<a href="mailto:etv0@cdc.gov">etv0@cdc.gov</a>
20	Dr. John Gikapa	SANRU	097 101 9110	<a href="mailto:didiergasigwa@yahoo.fr">didiergasigwa@yahoo.fr</a>
21	Dr. Mantshumba Bikete	OMS	081 700 6412	<a href="mailto:mantshumbaj@cd.afro.who.int">mantshumbaj@cd.afro.who.int</a>
22	Dr. Didier Gasigwa Baneti	CAG	099 002 7201	–
23	Dr. Olivier Kakesa	MEASURE Evaluation	099 300 3682	<a href="mailto:Olivier.Kakesa@icfi.com">Olivier.Kakesa@icfi.com</a>
24	Dr. Leopoldo Villegas	MEASURE Evaluation	–	<a href="mailto:Leopoldo.Villegas@icfi.com">Leopoldo.Villegas@icfi.com</a>
25	Dr. Kanyeba Mpiana	CAG	–	–
26	Dr. Musau Dinanga	PROSANI	–	–
27	Prof. Mulenda Basimike	OMS/IST	–	–
28	Henintsoa Rabarijaona	OMS	–	–
29	Dr. Paluku	OMS	–	<a href="mailto:PalukuC@zw.afro.who.int">PalukuC@zw.afro.who.int</a>
30	Aubry LOIC -GA	OMS	–	–
31	Simon-Pierre Tegang	Global Fund	–	<a href="mailto:Simon-Pierre.Tegang@theglobalfund.org">Simon-Pierre.Tegang@theglobalfund.org</a>
32	Prof. Célestin Nsibu	UNIKIN	–	–
33	Prof. Mbazulu	UNIKIN	–	–
34	Prof. Tonalutete	UNIKIN	–	–
35	Ferdinand Ntoya	C-Change	–	–
36	Betty Udom	RBM	–	–

