



**REPUBLIQUE DE GUINEE**  
*Travail – Justice - Solidarité*



**MINISTERE DE LA SANTE**

**DIRECTION NATIONALE DE LA PREVENTION  
ET DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE**

*Programme National de Lutte Contre le Paludisme*

***Plan National de Suivi - Evaluation  
2018 - 2022***

*Mai 2017*

# TABLE DES MATIERES

<b>PREFACE</b> .....	3
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	4
<b>SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	5
<b>LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>1. CONTEXTE</b> .....	9
<b>1.2. Organisation du système national de santé</b> .....	10
<b>1.3. Situation de la lutte contre le paludisme</b> .....	12
<b>1.3.1. Aspects institutionnels</b> .....	12
<b>1.3.2. Situation épidémiologique du paludisme</b> .....	13
<b>1.3.3. Stratégies nationales de lutte contre le paludisme</b> .....	14
<b>2. ANALYSE DU SYSTEME DE SUIVI/EVALUATION</b> .....	16
<b>2.1. Système de Suivi/Evaluation du secteur de la santé</b> .....	16
<b>2.2. Système de suivi/évaluation du programme paludisme :</b> .....	20
<b>3. CADRE DE SUIVI/EVALUATION DU PROGRAMME PALUDISME</b> .....	26
<b>4. PLAN NATIONAL DE SUIVI/EVALUATION 2018-2022</b> .....	36
<b>Dissémination des données et utilisation de l'information</b> .....	44
<b>4.6. Modalités de mise en œuvre du Plan national S&amp;E</b> .....	47
<b>4.6.2. Partenariat en faveur du Suivi/Evaluation</b> .....	47
<b>4.6.3. Rôles et responsabilité des parties impliquées dans le S&amp;E</b> .....	48
<b>ANNEXES</b> .....	50

## **PREFACE**

Le présent plan de suivi évaluation (SE) du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)2018-2022a été élaboré au cours d'un processus participatif qui a vu la contribution active des acteurs de terrain et des partenaires impliqués dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Il répond à un besoin d'amélioration de la performance du système national de suivi/évaluation. Le processus d'élaboration s'est déroulé en 3 étapes.

La première étape a porté sur la Revue de Performance du Programme (RPP)qui a permis de procéder à une analyse approfondie des différentes composantes de la lutte contre le paludisme dans le pays. Cette analyse a abouti à l'identification des forces, faiblesses, opportunités et menaces du PNLP y compris le Système de SE.

Dans une deuxième étape, pour faire face aux défis relevés par la RPP, le PNLP a élaboré un plan stratégique quinquennal2018-2022 dont la mise en œuvre permettra au pays d'atteindre la couverture universelle des interventions efficaces de lutte contre le paludisme.

La Troisième étape a consisté à la mise à jour du plan de suivi/évaluation aligné au Plan Stratégique National (PSN)2018-2022 qui constitue un document de référence pour la mise en œuvre du suivi/évaluation et permet à tous les intervenants d'avoir un cadre unique de suivi et d'évaluation des interventions de la lutte contre le paludisme en Guinée.

La mise en œuvre de ce plan permettra d'améliorer notamment les performances du Système de SE à travers le renforcement des compétences des acteurs en SE et logistique, l'harmonisation des outils et des méthodes de SE, l'amélioration de la qualité des données, la documentation des résultats du Programme et le renforcement de la coordination et du partenariat pour la mise en œuvre du plan de SE.

Le Ministère de la Santé remercie l'ensemble des partenaires qui ont contribué à l'élaboration de cet important document. Il s'agit notamment des partenaires bi- et multilatéraux (USAID/PMI, Fonds Mondial de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, OMS, Roll Back Malaria, UNICEF,...), des ONG et Agences d'exécution des projets (Projet STOPPALU, JHPiego, SIAPS, PSI, MSF Belgique, CRS, Plan International Guinée, CHILFUND). Il appelle tous les intervenants à s'inspirer de cet outil dans la planification et l'exécution des activités de suivi/évaluation.

Convaincu que le présent document répondra à tous les besoins des partenaires en matière de SE de la lutte contre le paludisme en Guinée, je garde l'espoir qu'il contribuera efficacement à la mesure des résultats obtenus dans la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2018-2022.

**Le Ministre de la Santé**

## REMERCIEMENTS

Le processus d'élaboration du Plan de SE du PNLP a été conduit à terme grâce aux efforts des experts nationaux et des partenaires appuyant la lutte contre le paludisme en Guinée.

Le présent document a été validé à l'issue d'un atelier national ayant réuni les représentants des acteurs de terrains à tous les niveaux et les partenaires techniques et financiers du programme.

Au nom du Ministre de la Santé, le Coordonnateur National du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) félicite et remercie toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce document.

Ces remerciements s'adressent en particulier aux :

- Partenaires du PNLP, pour leurs appuis techniques et financiers qui ont été déterminants pour avoir un document de qualité ;
- Membres du groupe technique SE du Programme, qui ont conduit avec professionnalisme le processus de révision et de validation du document;
- Cadres du niveau central, intermédiaire et périphérique du ministère de la santé, pour leurs appuis et leurs engagements tout au long du processus;
- Membres de l'équipe du PNLP, pour le suivi et la coordination efficace du processus ayant permis de doter le programme d'un plan national de SE de qualité.

## SIGLES ET ACRONYMES

**ASC** : Agent de la Santé Communautaire

**AQ** : Artésunate Amodiaquine

**BSD** : Bureau de Stratégie et Développement

**CDMT** : Cadres de Dépenses à Moyen Terme

**CMC** : Centre Médical Communal

**CPN** : Consultation Périnatale

**CPS** : Chimio prévention du Paludisme Saisonnier

**CRS**: Catholic Relief Services

**CS** : Centre de Santé

**CTA** : Combinaisons Thérapeutiques à Base d'Artémisinine

**DCS** : Direction Communale de la Santé

**DHIS2** :

**DPS** : Direction Préfectorale de la Santé

**DRS** : Direction Régionale de la Santé

**DSRP** : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

**ELEP** : Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté

**EDS**: Enquête Démographique et Sanitaire

**GAS** : Gestion des Achats et de Stocks

**HKI** : Helen Keller International

**INS** : Institut National des Statistiques

**ISF** : Indice Synthétique de Fécondité

**LAL** : Lutte Anti Larvaire

**LAV** : Lutte Anti - vectorielle

**MICS** : Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)

**MILDA** : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action

**MSF**: Médecin Sans Frontières

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé

**PID** : Pulvérisation Intra Domiciliaire

**PMI**: Initiative Présidentielle de lutte contre le Paludisme

**PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire

**PNLP**: Programme National de Lutte contre le Paludisme

**PS** : Poste de Santé

**PSI**: Population Services International

**PSN** : Plan Stratégique National

**RBM**: Roll Back Malaria (Faire Reculer le Paludisme)

**RPP** : Revue de Performance du Programme

**SE** : Suivi Evaluation

**SIAPS : Systeme**

**SIGL** : Système d'Information de Gestion Logistique

**SMIR** : Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte

**SNIS** : Système National d'Information Sanitaire

**SP** : Sulfadoxine-Pyriméthamine

**TDR** : Test de Diagnostic Rapide

**TPI** : Traitement Préventif Intermittent

**UNICEF**: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

**USAID**: Agence Américaine pour le Développement International

**VIH/SIDA** :Virus de l'Immunodeficiency Humaine/Syndrome de l'Immunodeficiency Acquis

## INTRODUCTION

Le paludisme est de par sa morbidité et sa mortalité le premier problème de santé publique en Guinée. Les données disponibles permettent d'affirmer que, pour toutes les tranches d'âges confondues, le paludisme représente la première cause de consultation dans les formations sanitaires publiques.

En 2013, Le PNLP a élaboré un plan national du SE (2013-2017) dont la mise en œuvre a permis d'obtenir quelques résultats notamment le renforcement des capacités des équipes de districts et des régions en SE du paludisme, la révision et la mise en place des outils de collecte des données au niveau des formations sanitaires et des communautés (ASC, animateurs, superviseurs, points focaux), la mise en place d'une base de données fonctionnelle au niveau du PNLP (logiciel WINDEV), l'intégration des indicateurs du programme dans le logiciel DHIS2 en phase d'implémentation par le BSD et la réalisation d'enquêtes nationales sur les indicateurs (Enquête de Couverture des Interventions de Lutte contre le Paludisme, MICS PALU 2016, ...).

Entre 2012 et 2016, les niveaux d'endémicités ont évolué du fait, entre autres des interventions de lutte notamment la couverture universelle en MILDA, l'organisation des campagnes CPS et la mise à échelle de la prise en charge des cas par les CTA.

Selon l'EDS-MICS 2012 et le MICS-PALU 2016, la prévalence parasitaire a baissé de 44 à 15% en Guinée soit une baisse de 65%. Chacune des huit régions du pays a enregistré une baisse d'au moins 40% de la prévalence parasitaire. La baisse la plus importante a été notée à Kindia (81%). Les quatre régions de la strate de haute transmission (Faranah, Kindia, Kankan, Nzérékoré) sont toutes passées dans la strate de transmission modérée avec des baisses significatives de la prévalence (de 49% à Nzérékoré à 81% à Kindia). Les régions de Labé et de Boké sont passées de la strate de transmission modérée à la strate de transmission faible avec des réductions de la prévalence de 79% et 66% respectivement.

**Tableau xxx** : Evolution des niveaux d'endémicité par région entre de 2012 à 2016 en Guinée

Strates	EDS 2012		MICS PALU 2016		Niveau de réduction (Valeur absolue et %)
	Régions	Prévalence parasitaire	Régions	Prévalence parasitaire	
<b>Strate 1</b> : Haute transmission (PP > 50%)	Faranah,	66,3			
	Kankan	50,1			
	Kindia,	54,6			
	Nzérékoré,	59,2			
<b>Strate 2</b> Transmission modérée (PP 10-50%)	Mamou,	46,7	Mamou	18,4	28,3 (61%)
	Labé,	36,8	Faranah	24,9	41,4 (62%)
	Boké	23,5	Kankan	19,4	30,7 (61%)
			Kindia	10,3	44,3 (81%)
			Nzérékoré,	30,2	29 (49%)
<b>Strate 3</b> Transmission Faible (PP < 10%)	Conakry	3,20	Conakry	1,9	1,3 (41%)
			Labé	7,9	28,9 (79%)
			Boké	8	15,5 (66%)
<b>Pays</b>	<b>43,90</b>		<b>15,30</b>		<b>28,6 (65%)</b>

La Revue de Performance réalisée en janvier 2017 a permis de faire une analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces du système de SE de la lutte contre le paludisme dans toutes ses composantes : cadre institutionnel, ressources humaines, ressources matérielles et financières, normes et procédures de gestion des données, indicateurs, collecte de données, transmission des données, analyse des données, diffusion et archivage.

Les résultats de cette revue ont abouti à l'identification des problèmes majeurs qui affectent le système de SE parmi lesquels on peut citer :

- Insuffisance d'équipements (appareil photo numérique, vidéoprojecteur, armoire, chrono) et de kits informatique (ordinateurs portables, imprimantes en couleur, disque dur externe) ;
- Insuffisance de la qualité des données et feed-back à tous les niveaux ;
- Faible implication des institutions de recherche à mener des études sur le paludisme ;
- Insuffisance de mise en œuvre du système d'information à base communautaire ;
- Insuffisance dans la gestion des données du secteur privé, associatif, confessionnel, minier et du service de santé des armées.

Pour résoudre tous ces problèmes et permettre de mesurer les résultats des interventions de lutte contre le paludisme, il est nécessaire de mettre en place un système de suivi/évaluation auquel adhère l'ensemble des partenaires du Programme national de lutte contre le paludisme. L'existence d'un tel système a pour avantages d'harmoniser les indicateurs, les méthodes, les outils de gestion de données et de contribuer à une meilleure prise de décision en vue d'une utilisation plus efficace des ressources. Elle permet également la comparaison des indicateurs et des résultats sur le plan national, africain et international.

C'est pour satisfaire ces exigences pressantes des partenaires et des acteurs que le Ministère de la santé à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme a élaboré un Plan national de suivi/évaluation du PNLP 2018-2022. Ce plan vise à mettre en place un cadre unique de Suivi/Evaluation du Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme 2018-2022. Il a pour objectif de renforcer le système de gestion des données du paludisme et d'améliorer le mécanisme de coordination entre les partenaires du PNLP utilisant l'information sur le paludisme.



## 1. CONTEXTE

### *1.1. Données géographiques, administratives et socio-économiques*

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale, entre 7° et 12° latitude nord et 8° et 15° longitude ouest. Elle est limitée par la Guinée Bissau au nord-ouest, le Sénégal et le Mali au nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'est, le Liberia et la Sierra Leone au sud et l'Océan Atlantique à l'ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'est en ouest et 500 km du nord au sud. Sa superficie totale est de 245 857 km<sup>2</sup>.

La Guinée est composée de quatre régions naturelles qui sont :

- **La Basse Guinée** : région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et se caractérise par de fortes précipitations qui varient entre 3000 et 4000 mm par an.
- **La Moyenne Guinée** : région de massifs montagneux qui couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles entre 1500 et 2000 mm.
- **La Haute Guinée** : région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays où le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm par an.
- **La Guinée Forestière** : ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, avec une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm.

Au plan administratif, la Guinée est composée de 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 334 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux.

Au plan démographique, selon le recensement de la population réalisé par l'INS en 2014, la population totale de la Guinée était de 10 628 972 habitants. Cette population semble en deçà de la réalité. En effet, le dénombrement effectué en 2016 à l'occasion de la campagne nationale de distribution des MILDA a donné une population d'environ 15 386 261 habitants.

La majorité de la population (71%) vit en zone rurale où l'agriculture demeure la principale activité. Toutefois, le pays connaît de plus en plus un exode rural massif des jeunes, vers les grands centres urbains et les zones minières.

La population guinéenne est relativement jeune. 61,6 % auraient moins de 25 ans, tandis que la tranche 25-54 ans constitueraient 30,4 % de la population. Les 8 % restant étant âgés de plus de 54 ans, dont seulement 3,6 % de plus de 65 ans. Les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans représentent respectivement 4,5% et 20% environ.

Les résultats de l'enquête MICS2016 montrent une réduction du taux de mortalité maternelle (de 724 en 2012 à 550 pour 1000 naissances vivantes en 2016), néo natale (20 pour 1000 naissances vivantes), infanto-juvénile (88 pour 1000 naissances vivantes)

Selon l'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté (ELEP 2012), la proportion de ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté était de 55.2%. La pauvreté est avant tout un phénomène rural. L'incidence de la pauvreté dans ce milieu est de 64,7% contre 35,4% en milieu urbain. Concernant l'incidence de la pauvreté, les régions peuvent être classées en trois groupes. Un premier groupe comprenant les régions les plus affectées par la pauvreté. Il s'agit de la région de Nzérékoré (66,9%), Labé (65%), Faranah (64,8%), Kindia (62,5%) et Mamou (60,8%). Le second groupe est constitué par la région de Boké (58,9%) où l'incidence de la pauvreté avoisine la moyenne nationale. Le troisième concerne les régions les moins affectées : Kankan (48,7%) et Conakry (27,4%).

Une analyse croisée entre la distribution de la pauvreté et la prévalence du paludisme montre que la maladie est plus fréquente dans les zones rurales et les régions les plus pauvres. En effet selon les résultats de l'Enquête MICS-palu 2016, les régions les plus pauvres présentent une prévalence élevée du paludisme : Nzérékoré (58%), Faranah (41.2%), Mamou (40.1).

Selon l'ELEP 2012, les principales raisons de non fréquentation des structures santé sont les coûts élevés des consultations, l'automédication et la distance des formations sanitaires. L'analyse selon la région montre que c'est dans les régions administratives de Faranah, Nzérékoré et Mamou que le coût de la consultation constitue la principale raison de non consultation des structures de santé.

## *1.2. Organisation du système national de santé*

La République de Guinée reconnaît dans sa Constitution la santé comme un droit préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux.

Le pays s'est doté d'une Politique Nationale de Santé qui est l'instrument de la mise en œuvre de cette obligation constitutionnelle et qui s'intègre dans la politique globale du développement du pays.

Pour la mise en œuvre de cette politique, le Ministère de la Santé a développé un plan national de développement sanitaire (PNDS) couvrant la période 2015-2024.

La vision de ce plan, implique l'accès universel aux soins de qualité, une meilleure

implication des populations dans la prise en charge de leurs problèmes de santé, la disponibilité d'un personnel de santé formé, motivé et valorisé, un approvisionnement adéquat des structures sanitaires en intrants de qualité, un financement conséquent du secteur, un cadre de travail approprié et un système de santé orienté vers la satisfaction des besoins des communautés et appuyé par une collaboration étroite de tous.

L'organisation du système de santé est calquée sur le découpage administratif, ainsi du sommet à la base, on note :

- Le niveau central comprend les directions et structures centrales organisées autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général ;
- Le niveau intermédiaire comprend sept Directions Régionales de la Santé (DRS) et la Direction de la santé de la ville de Conakry (DSVCo);
- Le niveau périphérique est représenté par les 33 directions préfectorales (DPS) et les 5 directions Communales de la santé (DCS) de la ville de Conakry. Ces structures représentent les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé correspondant aux districts sanitaires.

Le système de santé est composé des secteurs public, privé et communautaire.

#### **a) Secteur public**

Il est organisé en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

**Le premier niveau** est représenté par le district sanitaire. Il comprend deux échelons :

- Le premier échelon de soins est représenté par les Centres et Postes de santé (CS/PS) qui constituent la structure sanitaire de base du système de santé. En 2016, selon le PNSD, il a été dénombré 925 Postes de Santé et 412 Centres de Santé.
- Le deuxième échelon de soins du district est l'hôpital préfectoral (HP) et les Centres Médicaux Communaux (CMC) de la ville de Conakry ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district. Il existe 26 Hôpitaux Préfectoraux et 9 Centres Médicaux Communaux en 2017.

**Le deuxième niveau** est représenté par l'Hôpital Régional (HR). Il sert de référence et de recours aux Hôpitaux Préfectoraux. Les Hôpitaux Régionaux sont au nombre de 7 en 2017.

**Le troisième niveau** est constitué par les Hôpitaux Nationaux au nombre de 3 (Donka, Ignace Deen et Sino-Guinéen). Il est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés.

En outre, les forces armées et les services de sécurité et la santé scolaire disposent des structures de prestations de soins au niveau de leurs unités: Centres Médico-Chirurgicaux des Armées et infirmeries de garnison, de police et de gendarmerie, infirmerie des écoles, etc.

#### **b) Secteur privé associatif et confessionnel et secteur para public**

**Le sous-secteur privé** comprend d'une part les structures médicales et d'autre part les structures pharmaceutiques et biomédicales. Il est constitué d'un sous-secteur privé à but lucratif et non lucratif (ONG et confessions religieuses). La particularité du privé lucratif est qu'il est fortement dominé par les structures informelles, tenues pour la plupart par du personnel paramédical. L'offre formelle se résume à 41 cliniques, 106 cabinets. Le secteur privé associatif et confessionnel représente une partie très importante de l'offre de soins particulièrement dans les villes. Son implication est fortement recherchée dans le but d'atteindre la couverture universelle notamment en ce qui concerne la prise en charge des cas de paludisme et la prévention du paludisme chez la femme enceinte et chez l'enfant. A ce

jour, une trentaine de structures privées associatives sont intégrées dans la lutte contre le paludisme

Le secteur minier regroupé au sein de la chambre des mines de Guinée (CMG) dispose de sept (7) hôpitaux d'entreprises à Fria, Boké, Siguiri, Dinguiraye, Sangaredi et Conakry (Simbaya, Hamdallaye). Un partenariat est établi depuis 2016 entre le PNLN et la CMG pour renforcer la lutte contre le paludisme dans les entreprises minières.

**Le sous-secteur privé pharmaceutique** : Il est constitué par une (1) Unité de production de médicaments essentiels génériques, deux (02) Unités de production de médicaments à base de plantes médicinales, cinquante (50) sociétés grossistes répartiteurs, toutes basées à Conakry, 408 officines agréées dont 348 dans la capitale, 40 points de vente privés, 34 agences de promotion enregistrées.

**Le secteur informel** (vente illicite de médicaments, cliniques clandestines, prestataires clandestins ambulants etc.) se développe rapidement et de façon incontrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponible les services de santé, aucune donnée n'est disponible sur les tarifs appliqués et surtout sur la qualité de ces services. Il met en péril la viabilité des structures officielles.

### *1.3. Situation de la lutte contre le paludisme*

#### *1.3.1. Aspects institutionnels*

Au niveau central le Programme est géré par une coordination nationale dirigée par un coordonnateur national secondé par un coordonnateur national adjoint. Il comprend un service administratif et financier, quatre unités techniques, un organe consultatif de coordination (le comité RBM) et des groupes thématiques:

- Unité de Prise en charge, Formation et Chimio prévention;
- Unité Prévention et Partenariat ;
- Unité Gestion des achats et des Stocks ;
- Unité Suivi/Evaluation.

Aux niveaux intermédiaire et périphérique, la gestion de la lutte contre le paludisme est intégrée dans le paquet d'activités des équipes régionales, préfectorales et des formations sanitaires. Les Médecins Chargés de la lutte contre la Maladie (MCM) des DRS et DPS assurent le suivi de la mise en œuvre des activités de prévention et de prise en charge au niveau des formations sanitaires et des communautés.

Le PNLN est chargé de :

- Promouvoir la politique nationale de lutte contre le paludisme axée sur l'initiative mondiale « Faire Reculer le Paludisme » (FRP) et la réviser en cas de besoin ;
- Formuler et coordonner la mise en œuvre du plan stratégique national de réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme ;
- Elaborer et suivre la mise en œuvre des plans annuels de réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme ;
- Sensibiliser l'opinion nationale sur l'ampleur du paludisme (morbidité, mortalité, impact socio-économique) et la nécessité de sa réduction ;
- Développer, promouvoir et suivre l'exécution d'un programme de communication pour le changement de comportement (CCC) dans le cadre de la lutte contre le paludisme ;
- Promouvoir la participation communautaire et la collaboration intra et inter sectorielle dans la lutte contre le paludisme par le biais de la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action, l'assainissement de base et la prise en charge des cas à domicile ;

- Planifier et mettre en œuvre le suivi et l'évaluation des activités de lutte ; constituer à cet effet une banque de données statistiques sur le paludisme ;
- Promouvoir l'intégration des activités de lutte contre le paludisme aux soins de santé primaires (SSP) grâce à la formation du personnel, la diffusion de l'information pertinente et la supervision des activités ;
- Promouvoir la formation et la recherche dans le domaine de la lutte contre le paludisme ;
- Participer à la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à l'exécution du programme.

### ***1.3.2. Situation épidémiologique du paludisme***

En Guinée, le paludisme sévit à l'état d'endémie stable à recrudescence saisonnière longue (6 à 8 mois), avec 100 à 400 piqûres infestantes par homme et par an. La morbidité est plus importante en saison des pluies (environ 80 % des cas de fièvre chez l'enfant). Le *Plasmodium falciparum* est la principale espèce plasmodiale retrouvée (92% EDS/MICS-IV 2016).

On décrit 4 zones de niveaux d'endémicité différent:

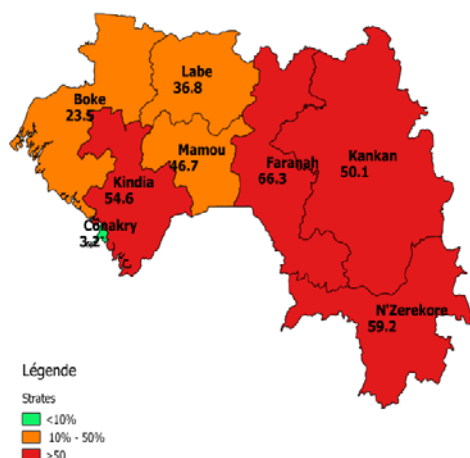
1. Une zone hypo endémique située en Basse Guinée, constituée de deux foyers sur la façade atlantique (les villes de Conakry et Kamsar). Le vecteur prédominant est *Anophèle mêtas*.
2. Une zone méso endémique, qui concerne la partie nord frontalière du Sénégal et du Mali, à pluviométrie faible où le vecteur majeur est *A. funestus*, et la façade atlantique à pluviométrie élevée où domine *A. mêtas*.
3. Une zone hyper endémique qui s'étend du sud-est de la basse Guinée à la forêt tropicale guinéenne (Frontière du Liberia et de la Côte d'Ivoire). Il s'agit d'une zone de forte pluviométrie (6 à 10 mois de pluie). Le vecteur dominant est *A. gambiense*.
4. Une zone holoendémique située en Haute Guinée, zone de savane et de plaine fortement irriguée à pluviométrie moyenne. Les vecteurs dominants sont *A. funestus* et *A. arabiensis*.

Selon l'Annuaire statistique Sanitaire 2013 du Ministère de la Santé, le paludisme représente, tous âges confondus la première cause de morbidité dans les formations sanitaires soit 1 144 289 cas enregistrés avec une incidence de 55,65 pour mille. Chez les enfants de moins de 5 ans, le taux d'incidence est de 100,495 pour mille avec 387 235 cas soit 34 % des cas enregistrés.

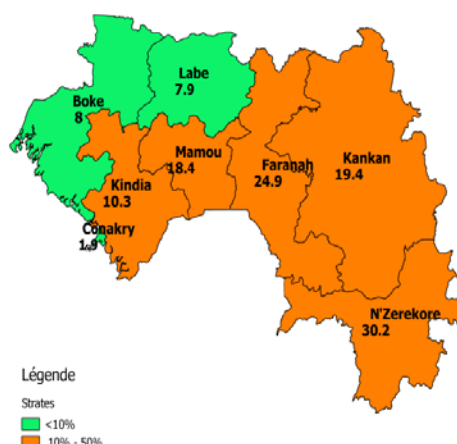
Selon les résultats de l'enquête MICS PALU 2016, la prévalence parasitaire du paludisme a baissé de 44% (en 2012) à 15% (en 2016). Chacune des huit régions du pays a enregistré une baisse d'au moins 40% de la prévalence parasitaire. La prévalence varie d'un milieu de résidence à un autre (rural ... urbain...). Elle se répartit comme suit selon les régions :

- Nzérékoré 29% ;
- Faranah 25% ;
- Kankan 19% ;
- Mamou 18% ;
- Kindia 10% ;
- Labé 8% ;
- Boké 8% ;
- Conakry 2%.

EVOLUTION DES NIVEAUX D'ENDEMICITE PAR REGION : 2012



EVOLUTION DES NIVEAUX D'ENDEMICITE PAR REGION : 2016



Evolution de la prévalence parasitaire du paludisme par région chez les enfants de 6-59 mois en Guinée de 2012 (EDS2012) à 2016 (MICS Palu 2016).

### 1.3.3. Stratégies nationales de lutte contre le paludisme

Les stratégies de lutte contre le paludisme sont définies dans le document de politique nationale de lutte contre le paludisme. Elles sont en adéquation avec les directives des organisations internationales compétentes, en l'occurrence Roll Back Malaria (RBM) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elles comprennent :

Des mesures de prévention portant sur la Lutte Antivectorielle (MILDA, PID, Lutte AntiLarvaire, Gestion de l'environnement), le Traitement Préventif Intermittent (TPIg) chez les femmes enceintes et la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) ;

**La prise en charge des cas** comprenant un ensemble de directives relatives au diagnostic (TDR et microscopie) et au traitement des cas simples par les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) et des cas graves par l'Artésunate injectable, l'Artémether injectable ou la quinine injectable selon les cas.

Au **niveau communautaire**, seul le traitement des cas simples est autorisé. En cas d'intolérance, d'effets secondaires ou d'échec thérapeutique, le patient doit être référé à la structure de santé la plus proche.

**Chez la femme enceinte** le traitement du paludisme simple chez la femme enceinte se fait avec la quinine au cours du premier trimestre et avec les CTA au cours du deuxième et troisième trimestre. Au niveau communautaire, tout cas de paludisme simple ou grave chez les femmes enceintes doit être immédiatement référé à la structure de santé la plus proche.

### Traitement pré-transfert du paludisme grave

Tous cas de **paludisme grave vu au niveau d'une formation sanitaire sans capacité de prise en charge adéquate** doit bénéficier d'un traitement spécifique pré-transfert avec des dérivés d'Artémisinine en intramusculaire ou en suppositoire avant d'être référé.

Tous cas de **paludisme grave vu au niveau communautaire** (ASC formé sur le paludisme) doit bénéficier d'un traitement spécifique pré-transfert avec des dérivés d'Artémisinine en suppositoire avant d'être référé vers la formation sanitaire la plus proche.

### 1.3.4. But, objectifs et interventions de lutte contre le paludisme

Dans le cadre de la vision « *Une Guinée sans paludisme pour un développement économique durable* », le Plan Stratégique National a pour but d'amener le pays vers la pré-élimination à l'horizon 2022 en réduisant la morbidité et la mortalité liées au paludisme de 50% par rapport à 2016.

Ses objectifs sont en adéquation avec la Politique Nationale de Santé, les axes stratégiques du Plan de Développement Sanitaire 2015-2024. Il est en conformité avec les engagements internationaux du gouvernement notamment les objectifs de la CEDEAO, de l'Union Africaine, du Plan Mondial d'Élimination du Paludisme de l'OMS/RBM 2016-2030 et de Développement Durable 2030 des Nations Unies.

#### **Objectifs :**

- Assurer la protection d'au moins 90 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme ;
- Assurer une prise en charge correcte et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme ;
- Renforcer les capacités de gestion, de partenariat, de coordination, de communication et de SE du Programme national de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

#### **Interventions :**

Pour atteindre les objectifs fixés, les interventions ci-après ont été retenues dans le Plan Stratégique :

- Assurer un accès universel aux mesures de prévention à toute la population, notamment les MILDA, le TPI chez la femme enceinte et la prévention chez l'enfant (CPS)
- Assurer la confirmation biologique (TDR ou microscopie) pour tous les cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires (publiques, parapubliques, confessionnelles, associatives et privées) et dans la communauté (Agents de Santé Communautaire) ;
- Assurer la prise en charge correcte de tous les cas de paludisme confirmés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire ;
- Renforcer le système de surveillance épidémiologique du paludisme à travers la SIMR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Renforcer le système de suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme, à travers un système de surveillance de routine fonctionnel à tous les niveaux permettant la récolte et l'analyse des données de qualité et la prise de décision;
- Renforcer le système de surveillance dans les sites sentinelles et la recherche opérationnelle sur le paludisme ;
- Renforcer la communication pour le changement de comportement des populations en vue de l'utilisation accrue des services de prévention et de prise en charge du paludisme;
- Renforcer les capacités de coordination et de gestion du programme à tous les niveaux ;
- Assurer la disponibilité des intrants destinés à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme à tous les niveaux;
- Renforcer le partenariat dans le pays pour la mobilisation d'un financement substantiel à travers le budget de l'Etat, du secteur privé, des partenaires au développement;
- Renforcer la collaboration inter-pays et sous régionale en matière de lutte contre le paludisme.

## 2. ANALYSE DU SYSTEME DE SUIVI/EVALUATION

### 2.1. Système de Suivi/Evaluation du secteur de la santé

Les instances de coordination et de suivi du secteur de la santé sont fonction du niveau de la pyramide sanitaire et se présentent comme suit :

#### ❖ Au niveau central :

- **Le Comité technique de coordination** est chargé de coordonner et suivre les activités des services centraux et régionaux, des projets et programmes de développement sanitaire à travers les revues, l'examen l'adoption des rapports d'activités, d'audits et d'évaluations des projets et programmes. Les coordonnateurs des programmes sont membres de ce comité qui se réunit 3 fois par an.
- **La Revue annuelle du système de santé** regroupe les responsables des services centraux et régionaux du ministère, les représentants du secteur privé de la santé, des organisations professionnelles de la santé, les représentants des organismes internationaux multilatéraux de coopération et les représentants techniques des organismes de coopération bilatérale. Le secrétariat est assuré par le Bureau de Stratégie et Développement (BSD) et la coordination du PEV/SSP/ME. La revue se tient une fois par an.
- **Le Conseil de cabinet, la Réunion de cabinet, la Réunion technique des directions nationales, les Réunions de concertation à l'intérieur des directions et des services** permettent d'assurer la coordination et le suivi continu du fonctionnement des services centraux et de la mise en œuvre des activités des projets et programmes.

#### ❖ Au niveau régional :

La coordination et le suivi des programmes de santé sont assurés par

- Le Comité technique régional de santé qui se tient une fois par semestre ;
- Les sessions du conseil d'administration des hôpitaux régionaux qui se tiennent une fois par semestre.

#### ❖ Au niveau préfectoral :

Le suivi de la mise en œuvre des plans d'actions opérationnels est assuré par les instances suivantes :

- Le Comité technique préfectoral de la santé se tient une fois par semestre ;
- Le Comité consultatif de l'hôpital préfectoral se tient 2 fois par mois ;
- L'Assemblée générale du personnel de l'hôpital se tient une fois par trimestre.

#### ❖ Au niveau sous préfectoral :

- La Réunion de l'équipe technique du centre de santé regroupe les personnels des centres de santé, des postes de santé, les membres du comité de santé, et les agents de santé communautaires et se tient mensuellement ;
- La Réunion des comités de gestion des centres de santé se tient mensuellement et regroupe les membres du comité de gestion, le chef du CS et la Commune ;
- La Synthèse du monitoring du centre de santé est organisée sous la présidence du directeur préfectoral/communal de la santé : maires, équipe CS, présidents communautés rurales de développement (CRD) de la sous-préfecture. Elle se tient 2 fois par an.

**Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS)** permet de récolter les données nécessaires pour le Suivi/Evaluation de la situation sanitaire du pays. Il est composé de plusieurs sous-systèmes:

- **Le sous-système rapport de routine des services de santé** : il est basé sur les indicateurs de performance des différents services de santé et placé sous la responsabilité de la Section Statistiques et Informations Sanitaires (SSIS) du Bureau de Stratégie et Développement (BSD). Ce sous-système collecte les données de morbidité, de mortalité, de prestations de service sans spécificité. Il est censé capter au niveau central toutes les données provenant des autres sous-systèmes en vue de la production de l'annuaire statistique de santé.
- **Le sous-système d'information pour la surveillance épidémiologique** : il est basé sur l'identification et la notification des maladies sous surveillance et la riposte. Il est sous la



responsabilité de la Division Prévention et Lutte contre la Maladie (DPLM) ;

- **Le sous-système d’information pour la gestion des programmes de santé** : il s’agit d’un système qui permet de collecter les données de routine et de monitoring des programmes (Paludisme, Tuberculose, Lèpre, Sida, etc.). Il est placé sous la responsabilité des coordinations des programmes nationaux.
- **Le sous-système d’information pour l’administration et la gestion des ressources.** Ce sous-système administratif (personnel, équipement, médicament, infrastructure, maintenance) est sous la responsabilité de la Division des affaires financières (DAF), Division des ressources humaines (DRH), de la Direction Nationale de la Pharmacie et Médicaments (DNPM), de la Division Infrastructure, Equipement et Maintenance.

Les données collectées par ces sous-systèmes sont complétées par les enquêtes et études réalisées par différentes structures (Programmes, Institut National de Statistique, Universités, Centres de Recherches, ONGs, institutions internationales, ...)

Les types d’informations collectées à travers les différents sous-systèmes sont résumés dans le tableau ci-dessous:

**Tableau xxx: Types d’informations collectées par les sous-systèmes du SNIS**

Sous-système	Informations
Sous-système rapport de routine des services	Morbidité, Mortalité, PMA, PCA
Sous-système d’information pour la Surveillance Epidémiologique	Maladies à potentiel épidémique
Sous-système d’information pour la Gestion des Programmes de Santé	Santé reproductive, Paludisme, Tuberculose, etc.
Sous-système d’information pour l’Administration et la Gestion des Ressources	Médicaments, Personnel, Equipements, Infrastructures
Sous-système d’information des enquêtes périodiques	Enquêtes spécifiques EDS, MICS, SARA, les comptes nationaux
Sous-système d’information sur l’état civil	Inexistant

### **Gestion des données**

#### **Les données de routine**

Les données sont produites, collectées, traitées analysées et utilisées au niveau local puis transmises selon le circuit établi : communauté, formations sanitaires, district sanitaire, région sanitaire, Programmes et Division SNIS.

Le GTSV ou le ST-CCSS du PNDS mettra en place des outils à différents niveaux pour collecter les données complémentaires pour le calcul de ces indicateurs.

Le circuit des données est le suivant :

**Niveau Communautaire** : A la fin du mois l’ASC produit son rapport qu’il transmet au Chef de Centre de santé (CCS). Les ONG participent à la compilation et à la validation des rapports des ASC.

**Niveau Poste de santé, centre de santé et Hôpital de district** :A la fin du mois, le Chef du centre de santé produit les rapports sur la base des données des prestations de la formation sanitaire: soins préventif pour les adolescents & femmes ; Soins préventifs de la grossesse ; Soins et prévention du VIH/SIDA ; Soins préventif de l’enfant et nourrisson et le paquet

intégré de soins curatifs. En plus de son rapport d'activités, le Chef du centre de santé valide et compile les rapports des ASC en collaboration avec l'animateur de l'ONG/superviseur en charge de la zone. Il transmet les rapports à la réunion mensuelle du district.

**L'hôpital de district** et les formations sanitaires privées, élaborent et transmettent leurs rapports d'activités selon le même schéma.

**Niveau district :** A la fin de chaque mois et après réception des rapports provenant de toutes les formations sanitaires et des ONG/Associations relevant du district, le chargé de la statistique, sous la supervision du DPS, fait la synthèse des données dans les supports mis à sa disposition.

Il envoie ensuite ce rapport à la région sanitaire dont relève son district et au BSD une semaine après la fin du mois.

Le chargé des statistiques du niveau district devra transmettre au ST-CCSS et au GTSV le tableau de bord des indicateurs traceurs du PNLP

**Niveau Régional :** Le chargé de la statistique régional, sous la supervision du DRS, compile les rapports des différents districts mensuellement. Il fait la synthèse par type de rapports, assure la transmission à la Division SNIS et en fait copie au ST-CCSS et aux programmes deux semaines après la fin du mois.

Le responsable de suivi évaluation régional devra transmettre au ST-CCSS et au GTSV le tableau de bord des indicateurs traceurs du PNLP

**Niveau Programme :** Les rapports d'activités des districts transmis par les DPS/DCS sont traités et validés par le Chargé de Suivi et Evaluation sous la supervision du coordonnateur dans les quatre semaines suivant la fin du mois.

Le responsable de suivi évaluation du programme devra transmettre au ST-CCSS et au GTSV le tableau de bord des indicateurs traceurs du PNLP.

#### ***Unité de suivi évaluation du PNLP :***

L'unité de suivi évaluation consolide les données des tableaux de bord des indicateurs traceurs du PNLP les traite, les analyse et élabore un rapport trimestriel de progrès.

Le SP PNDS organise une tournée semestrielle de suivi du bon fonctionnement des mécanismes mise en place en collaboration avec la DISER, les responsables de suivi évaluation des programmes, des OSC, du secteur privé et des DRS.

#### ***Support de collecte de données et de suivi des activités***

Les supports de collecte des données sont constitués par les supports primaires et secondaires. Les supports primaires sont utilisés par le niveau opérationnel, c'est à dire au point de contact entre le patient et l'Agent de santé/Agent de santé communautaire. Les supports secondaires résultent de la compilation et la synthèse des données contenues dans les supports primaires.

**Les supports primaires** standardisés d'enregistrement et de collecte de données à la base des différents programmes de santé sont :

- le registre de consultation primaire curative (CPC) des centres de santé ;
- le registre d'hospitalisation des hôpitaux préfectoraux et régionaux ;
- le registre d'accouchement des maternités ;
- le registre de planification familiale ;
- le registre PTME ;
- le registre CPN ;

- le registre tuberculose ;
- le registre lèpre ;
- le registre du laboratoire ;
- le registre de la file active PVVIH ;
- le registre PEV ;
- la fiche opérationnelle (PF, CPN) ;
- le dossier des patients ;
- le formulaire de rapports mensuels des centres de santé ;
- le cahier de l'Agent de Santé Communautaire
- les registres, livres de caisse, fiches de suivi, fiches de livraison, fiches de stock.

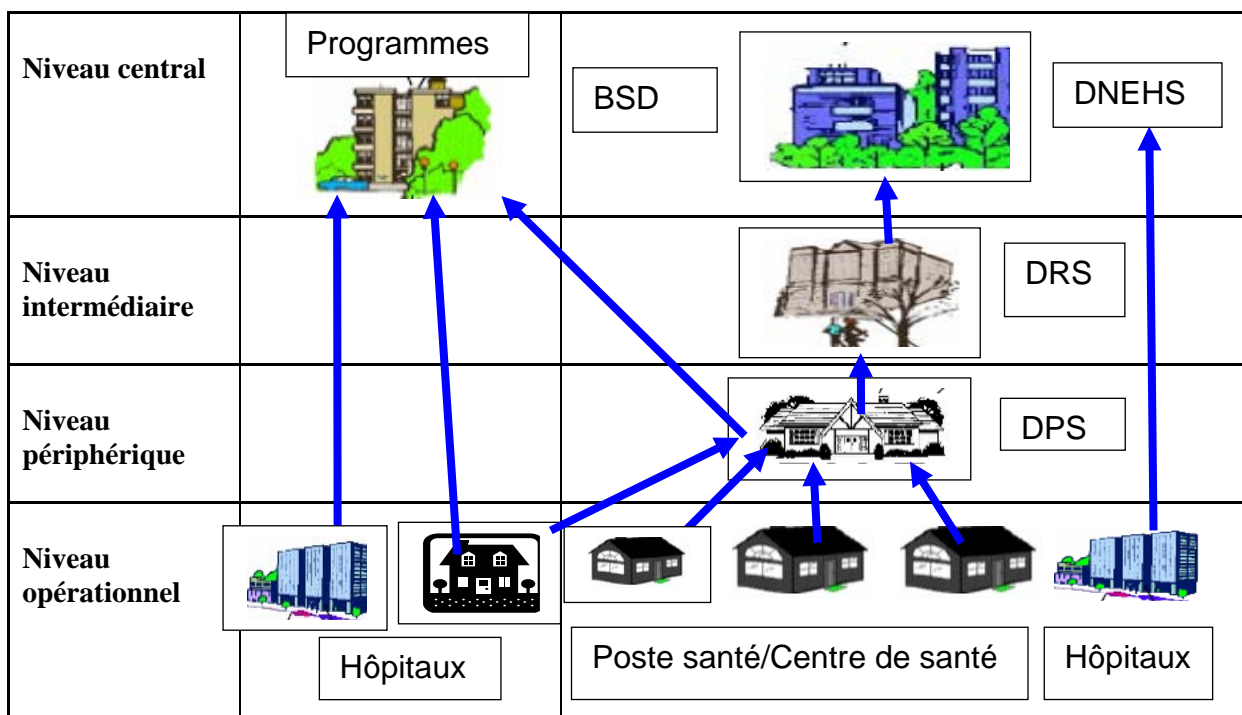
**Les supports secondaires sont :**

- Le rapport mensuel de l'ASC
- Les rapports mensuels de centres de santé ;
- Les rapports trimestriels des hôpitaux ;
- Les rapports mensuels et/ou trimestriels des programmes ;
- Le formulaire hebdomadaire de notification des maladies à potentiel épidémique.

**Circuit de l'information**

Les données de routine sont collectées au niveau des formations sanitaires et dans la communauté, puis sont transmises aux différents niveaux hiérarchiques de la pyramide sanitaire, depuis le niveau périphérique jusqu'au niveau central.

**Figure xxx : Organisation du système et circuit de l'information sanitaire en Guinée**



**NB : Il est important de préciser que les données communautaires sont compilées au niveau de l'aire de santé correspondante (poste de santé ou centre de santé).**

**Compilation et Analyse des données**

La compilation des données se déroule à trois niveaux :

- **Niveau structures de santé** : compilation des données provenant des postes de santé et des communautés ; dans les hôpitaux, il s'agira des données provenant des services hospitaliers ;
- **Niveau DPS** : compilation des données provenant des centres de santé, structures privées et

hôpitaux ;

- **Niveau DRS** : compilation des données provenant des DPS;

La DRS procède à la compilation et à l'analyse des données pour les besoins de maîtrise de la situation sanitaire de la région. Après l'analyse, les rapports mensuels des districts sont transmis au niveau du BSD.

La compilation des données est manuelle dans la quasi-totalité des centres de santé. Mais au niveau des DPS et des DRS, les applications de saisie (EXCEL) sont utilisées par endroit.

La plateforme « DHIS2 » est en phase d'implémentation sur toute l'étendue du territoire et sera l'unique application de saisie pour le SNIS.

Concernant l'analyse des données, les résultats sont présentés au cours des instances de coordination et de suivi par niveau. Les indicateurs utilisés ont trait à la morbidité, la mortalité ainsi que la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation et la couverture des différentes interventions.

### ***Diffusion et Utilisation de l'information***

Les documents servant de supports de diffusion de l'information existant au niveau central sont l'annuaire statistique et le bulletin SNIGS. Les programmes élaborent des rapports sur les statistiques, les bulletins mensuels, les bulletins d'information semestriels, et les activités périodiques (trimestriels, semestriels ou annuels). De même, la DNEHS produit un annuaire intitulé « Annuaire de Gestion des Hôpitaux ».

L'étape importante dans la réalisation du monitoring est la micro planification. Cette micro planification permet l'utilisation des résultats du monitoring pour améliorer les performances de la structure de santé. Le monitoring, en plus de ses objectifs initiaux, est une alternative pour palier à une insuffisance du SNIS et répondre aux besoins de suivi-évaluation des programmes.

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

Le PNLP dispose d'un Plan de suivi/évaluation intégré prenant en compte tous les besoins en information sur le paludisme et les préoccupations des différents partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme en Guinée. Ce plan couvrait la période 2013-2017. En plus, pour le Suivi/Evaluation des projets financés par le Fonds Mondial de lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme, le PNLP a signé un cadre de performance spécifique qui définit les indicateurs à mesurer et les cibles périodiques à atteindre..

L'essentiel des informations nécessaires au SE de la lutte contre le paludisme est obtenu à travers les données collectées par le système national d'information de routine (morbidité, mortalité, Gestion des intrants) et le monitoring des activités des structures de santé.

Ces données sont complétées par les enquêtes ponctuelles réalisées par les équipes du programme et les partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme (EDS, MICS, SARA, Enquête annuelle de couverture des interventions, Etudes sur l'efficacité des antipaludiques sur le parasite et des insecticides sur les vecteurs, Enquêtes entomologiques, socioéconomiques...).

Le Système de SE est géré par **l'Unité SE du Programme**. Le plan de Suivi-Evaluation définit les fonctions de l'unité de Suivi/Evaluation qui sont :

- Compiler les informations sur le paludisme au niveau pays avant l'effectivité du DHIS2;
- Mettre en place et maintenir une base de données sur le paludisme ;
- Mettre en place et maintenir un lien fonctionnel avec les partenaires impliqués dans le S&E du paludisme, incluant ceux au niveau du ministère de la santé (SNIS, SIMR) et toute autre structure impliquée dans l'information sanitaire comme l'Institut National de la Statistique (INS) ;
- Analyser et interpréter les données du programme pour renseigner les indicateurs et aider à la prise des décisions;

- Développer et mettre à jour régulièrement le profil pays sur le paludisme ;
- Elaborer et diffuser des bulletins de retro information, les rapports trimestriels et annuels sur le suivi du paludisme ;
- Développer les capacités en S&E pour le niveau périphérique (régions, districts) ;
- Assurer le fonctionnement du groupe thématique S&E dans le cadre des mécanismes de coordination.

**Le personnel actuel de l'Unité Suivi/Evaluation du PNLP** comprend un Chef d'unité S&E, un Chargé de la planification et supervision, un Chargé de la recherche opérationnelle et enquête et un Gestionnaire des données et de surveillance épidémiologique.

Au niveau décentralisé les chargés de la lutte contre la maladie des DRS et DPS, assistés des chargés des statistiques, sont responsables de la gestion des données de la lutte contre le paludisme. Par ailleurs, les points focaux du PNLP appuient les cadres au niveau des districts pour la compilation, le traitement, l'analyse et la transmission des données du paludisme. Bien que la complétude et la promptitude au niveau district soient améliorées, ces indicateurs restent un défi à relever au niveau des formations sanitaires. Aussi, la revue de la performance globale du programme a révélé une insuffisance de la qualité des données à tous les niveaux.

### ***Locaux et équipements***

L'unité SE possède deux bureaux contenant des équipements informatiques (3 lap tops, 2 desktops, 1 imprimante noir et blanc, 1 scanner, 1 disque dur externe, des véhicules de supervision, une connexion internet haut débit). Au niveau décentralisé, dans le cadre de la relance du système de santé post Ebola, chaque équipe régionale et de district a été pourvu en équipement informatique, panneaux solaire et connexion internet. La couverture du réseau internet est de mauvaise qualité par endroit.

### **Réalisation de l'unité :**

Au cours du PSN 2013-2017, l'unité Suivi/Evaluation, a obtenu des résultats suivants :

1. Les capacités des équipes des districts, des régions et du niveau central en SE du paludisme ont été renforcées ;
2. Les outils de collecte des données sont révisés et mis en place ;
3. Le plan national du SE 2013-2017 a été élaboré, validé et mis en œuvre ;
4. La réalisation des supervisions semestrielles formatives ;
5. La réalisation des revues trimestrielles des activités de lutte contre le paludisme ;
6. La réalisation des recherches opérationnelles sur le paludisme ;
7. La mise en place d'un comité de recherche sur le paludisme ;
8. La conception et la mise à disposition d'un progiciel (GESDON/Palu) au niveau des districts sanitaires. L'élaboration et la diffusion des bulletins mensuels sur les activités du paludisme. Le cadre de performance des projets financés par les partenaires notamment le Fonds Mondial est élaboré, validé, renseigné et évalué semestriellement ;
9. Une base de données est fonctionnelle au niveau du PNLP ; Le DHIS2 est en phase d'intégration du canevas de rapportage PNLP révisé ;

Les indicateurs de couverture sont mesurés à travers la réalisation d'enquêtes nationales représentatives : ENACIP, CAP, MICS, Enquête sur l'efficacité des antipaludiques et des insecticides. La participation à la rédaction des propositions de financement soumises aux partenaires

En ce qui concerne la coordination des activités avec les partenaires de terrain pour la lutte contre le paludisme, le groupe thématique Suivi/Evaluation, les comités RBM sont fonctionnels au niveau du programme et dans les régions. Ces instances de coordination sont importantes pour le partage des informations.

### **Forces, faiblesses, opportunités, menaces (FFOM)**

Le présent plan est basé sur la base de la Revue de Performance du Programme (RPP) réalisée en 2016 qui a permis d'identifier les FFOM du système de SE du PNLP. Le tableau ci-après résume les constats faits à l'issue de l'analyse de toutes les composantes du système .

Analyse de la revue

**Tableau xxx : Points forts et points faibles par stratégie**

<b>1. Cadre institutionnel</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence d'un Plan national de développement sanitaire 2015-2024 dans lequel est défini le cadre global du système de suivi/évaluation;</li> <li>▪ Existence d'une section nationale fonctionnelle en charge du système national d'information sanitaire avec des missions très clairement définies et des structures décentralisées aux niveaux intermédiaires et périphériques ;</li> <li>▪ Existence d'un plan national de suivi/évaluation 2015- 2024 découlant du document de la politique nationale et du plan stratégique avec indicateurs qui est utilisé par tout le système et est conforme aux normes nationales et internationales;</li> <li>▪ Existence d'une unité de suivi/évaluation au sein du PNLP avec des attributions définies et un personnel qualifié</li> <li>▪ Existence des instances de coordination du paludisme au niveau régional, préfectoral à travers les comités RBM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Absence d'une structure nationale de coordination du SE (groupe de référence SE)</li> </ul>
<b>2. Ressources humaines</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des ressources humaines à temps plein existent au niveau du SNIS</li> <li>▪ Le poste de chargé des statistiques est pourvu aux niveaux des DPS et DRS</li> <li>▪ Le renforcement de l'équipe cadre des districts par le recrutement des points focaux du paludisme</li> <li>▪ Les capacités de l'unité SE du PNLPa été renforcé.</li> <li>▪</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'insuffisance de ressources humaines qualifiées au niveau du SNIS</li> <li>▪ Insuffisance d'un personnel en nombre suffisant au niveau de l'unité SE du PNLP</li> <li>▪ Insuffisance de formation du personnel en épidémiologie au niveau national et décentralisé</li> <li>▪ L'insuffisance de formation des prestataires et des chargés des statistiques sur la gestion des données statistiques au niveau des régions, districts et formations sanitaires.</li> <li>▪ L'irrégularité de la supervision ciblée des personnels chargés de la gestion des données</li> </ul>
<b>3. Ressources matérielles et financières</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>

<b>3. Ressources matérielles et financières</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'existence d'outils informatiques au niveau central, des régions et districts</li> <li>▪ L'appui en matériel informatique et logistique par les partenaires au développement</li> <li>▪ L'existence de bases de données nationales au niveau et du PNLP</li> <li>▪ Le déploiement du DHIS2 au niveau national géré par le SNIS</li> <li>▪ Existence de clés internet dans certains districts</li> <li>▪ Existence des moyens de communication (téléphones, Internet) aux niveaux national, régional et préfectoral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Absence de clé internet au niveau des membres de l'unité Suivi Evaluation</li> <li>▪ Insuffisance des services de maintenance des équipements des technologies de l'information et des communications (TIC) aux niveaux national, régional et préfectoral</li> <li>▪ le budget national de la santé ne prévoit pas des lignes budgétaires spécifiques pour le SE</li> <li>▪</li> <li>▪ Le DHIS2 n'est pas totalement paramétré pour permettre une unicité de la collecte des données.</li> </ul>

<b>4. Normes et procédures de gestion des données</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence des guides et directives de monitoring des activités en collaboration avec le PEV</li> <li>▪ Existence du guide de remplissage des rapports mensuels des centres de santé et hôpitaux</li> <li>▪ Bonne diffusion auprès du personnel des directives en matière de collecte, traitement et de diffusion de données</li> <li>▪ Existence d'un système standard de collecte et de rapportage des données du niveau communautaire au niveau central : rapports mensuels, monitoring semestriel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence d'un cadre de concertation pour la coordination du SE</li> <li>▪ Inexistence d'un système permanent de contrôle des performances du SIS et de ses divers sous-systèmes</li> <li>▪ Inexistence d'un guide de contrôle de qualité des rapports</li> <li>▪</li> </ul>

<b>5. Les indicateurs</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence d'une liste de définition des indicateurs conforme aux normes nationales et internationales, utilisés par tout le système</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tous les besoins d'information pour renseigner les indicateurs du PNLP ne sont pas pris en compte par le DHIS2</li> <li>▪ Les indicateurs de mesure des activités IEC/CCC ne sont pas totalement prises en compte par le système de SE</li> <li>▪</li> </ul>

<b>6. La collecte de données</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>

<b>6. La collecte de données</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence des outils primaires de collecte</li> <li>▪ Existence des supports en version papier et format informatique</li> <li>▪ L'implication des ASC dans la collecte des données</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ le dépouillement est manuel dans les formations sanitaires</li> <li>▪ Insuffisance dans le remplissage des outils de collecte primaires et secondaires par endroit</li> <li>▪</li> <li>▪ Une insuffisance de l'implication du secteur privé dans la collecte des données</li> <li>▪</li> <li>▪ Persistance des ruptures des outils de collecte par endroit (canevas de rapport)</li> <li>▪</li> </ul>

<b>7. Transmission des données</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il existe un calendrier de transmission de données par niveau qui permet de respecter les normes recommandées en matière de diffusion et de périodicité des statistiques</li> <li>▪ Existence d'une bonne complétude et promptitude des rapports des districts</li> <li>▪ Forte implication des districts dans la transmission des données</li> <li>▪</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insuffisance de la complétude et la promptitude des rapports des formations sanitaires</li> <li>▪ Insuffisance de l'utilisation des NTIC dans la transmission des données</li> <li>▪ Faible implication du niveau régional dans la transmission des rapports</li> </ul>

<b>8. Analyse des données</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacité de renseigner les indicateurs par le niveau central et préfectoral</li> <li>▪ Capacité d'analyse des données de monitoring au cours des cadres de concertation à tous les niveaux</li> <li>▪ Capacité d'analyse des données au niveau du PNLN pour la production des rapports.</li> <li>▪ Existence d'un bulletin mensuel de rétro-information</li> <li>▪</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Certains tableaux d'analyse ne sont pas paramétrés au niveau du DHIS2</li> <li>▪ Absence de tableau de bord au niveau des DRS</li> <li>▪ Insuffisance de l'utilisation de la cartographie</li> </ul>



<b>9. Diffusion et Archivage</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La coordination du PNLP et le Ministère de la santé utilisent les informations recueillies pour la planification, le suivi et l'évaluation périodique.</li> <li>▪ Les prestataires de soins à tous les niveaux utilisent les informations sanitaires pour la gestion de la prestation de services, le suivi et l'évaluation périodique</li> <li>▪ Des rapports sont fournis régulièrement aux partenaires</li> <li>▪ L'annuaire statistique et autres rapports prennent en compte les données de morbidité, de mortalité d'intrants, et de couverture des interventions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'annuaire statistique n'est pas produit à temps</li> <li>▪ Les archives en copie dure existent, mais ne sont pas classé</li> <li>▪ Manque de local approprié pour archivage</li> <li>▪ Manque de personnel qualifié pour l'archivage</li> <li>▪</li> </ul>

**Opportunités :**

- Existence et l'engagement des partenaires ;
- Présence d'un conseiller technique au PNLP ;
- Existence des comités régionaux RBM ;
- Mise en place de la plateforme DHIS2 dans les districts du pays pour la gestion des données sanitaires ;
- Mise en place du logiciel SIGL dans les districts sanitaires du pays pour la gestion des données logistiques intégrées.

**Menaces :**

- La réduction des subventions ;
- La survenue des épidémies éventuelles.

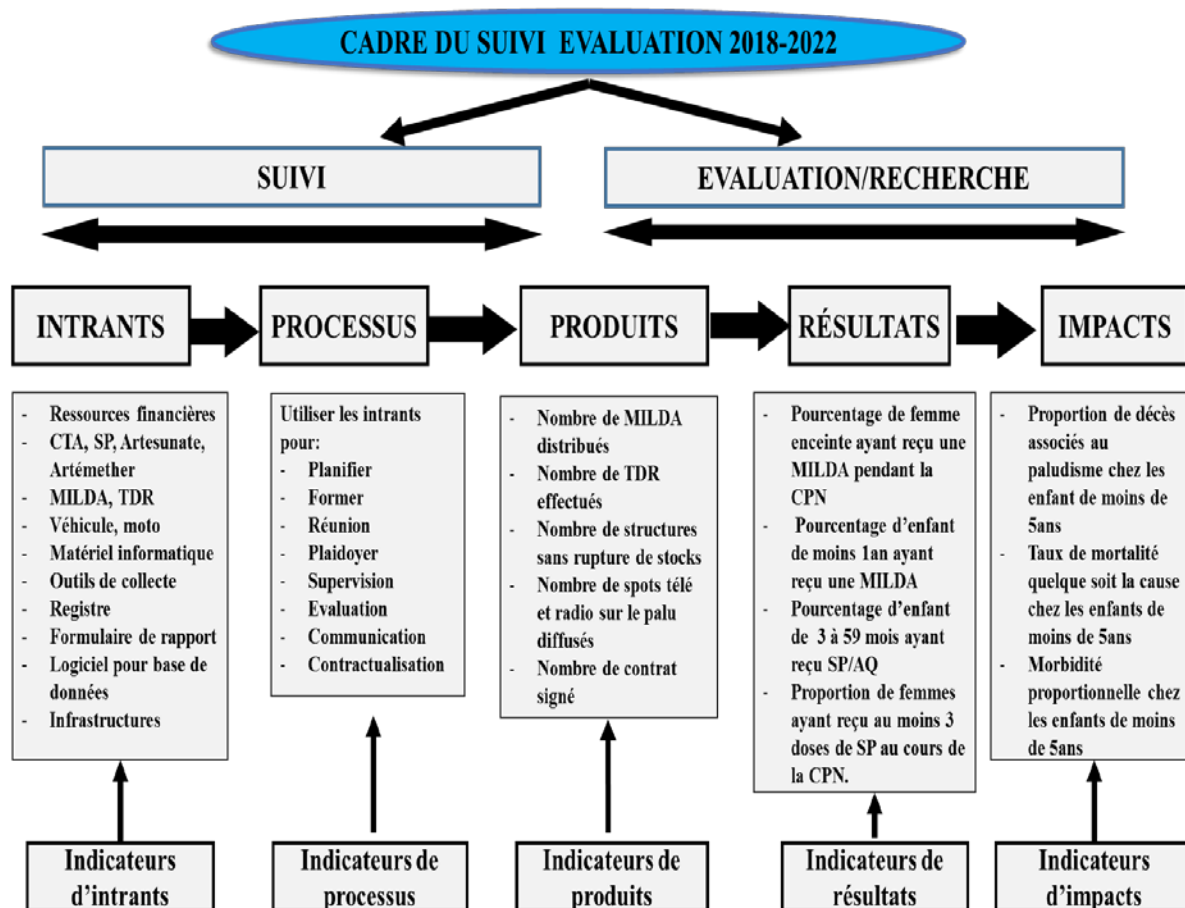
### 3. CADRE DE SUIVI/EVALUATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

#### 3.1. Cadre Logique

Le cadre logique de SE vise à mettre en place le système qui permet aux bénéficiaires, aux acteurs, aux décideurs et aux partenaires techniques et financiers d'obtenir une mesure la plus précise possible sur :

- ✓ Les ressources mobilisées pour la lutte contre la maladie : personnel, finances, TDR, médicaments, MILDA, véhicules, motos, fiches de rapport, logiciels pour base de données, registre;
- ✓ La réalisation des activités prévues dans le plan stratégique : formation, supervision, communication, approvisionnements, plaidoyer et réunion;
- ✓ Les produits obtenus grâce à la réalisation des activités : nombre de personnes formés, nombre de structures de santé sans rupture de stocks, nombre de personnes sensibilisées, nombre de MILDA, nombre de TDR effectué;
- ✓ Les changements de comportement survenus suite à la réalisation des activités : pourcentage d'enfant de 3 à 59 mois ayant reçu SP/AQ, pourcentage de femmes enceintes ayant reçu une MILDA pendant la CPN, proportion de femmes ayant reçu au moins 3 doses de SP au cours de la CPN, patients consultant les formations sanitaires pour paludisme, prestataire assurant une prise en charge correcte des cas de paludisme;
- ✓ Les changements à long terme (impact), suite à l'adoption de comportement favorables et de l'utilisation des services, en termes de diminution de la morbidité, de la mortalité dues au paludisme.

Ce diagramme résume l'ensemble des liens entre les intrants, le processus, les produits, les résultats et les impacts du cadre de Suivi Evaluation du programme.



### 3.2. Les indicateurs

Une variable qui permet de mesurer les résultats d'une composante d'un projet ou programme.

**Les indicateurs d'intrants** qui permettent de suivre la gestion des ressources mobilisées et de connaître le niveau de satisfaction des besoins. Le nombre de MILDA, de CTA, de matériels et équipement disponibles, points focaux du PNLP au niveau des districts sanitaires, d'ASC disponibles, structures privées, confessionnelles, associatives et service de santé des armées intégrés.

**Les indicateurs de processus** qui mesurent le niveau de réalisation des activités au regard des prévisions du PSN et des plans d'action opérationnels: formations, approvisionnements, supervision, vérification de la disponibilité des intrants et la qualité des prestations, plaidoyer, assistance technique.

**Les indicateurs de produits** qui mesurent les résultats immédiats obtenus grâce à la réalisation des activités : nombre de prestataires formés sur la prévention et la prise en charge, nombre de structures de santé sans rupture de stocks, nombre de structure disposant de matériels et équipements.

**Les indicateurs d'effets** mesurent les changements de comportement favorables à la santé et l'utilisation des services par les populations cibles: pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA la veille de l'enquête, pourcentage d'enfants de 3 à 59 mois ayant reçu SP/AQ, pourcentage des femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de SP.

**Les indicateurs d'impact** mesurent la réduction de la morbidité, de la mortalité due au paludisme et l'amélioration du statut socioéconomique de la population obtenus suite aux changements de comportement favorable et de l'utilisation des services.

Le processus de suivi/évaluation adopté par le pays se fonde sur un cheminement clair et logique des résultats, dans lequel ces derniers doivent passer d'un niveau à l'autre pour parvenir à la réalisation de l'objectif global.

### 3.3. Système d'information sur le paludisme

Le système d'information de suivi/évaluation de la lutte contre le paludisme est une composante du Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Il est alimenté par diverses sources notamment :

- ✓ **Les données de routine des formations sanitaires et du niveau communautaire** qui permettent de collecter les données de morbidité, de mortalité, de gestion des intrants et les activités de communication pour le changement de comportement. Ils sont gérés par l'Unité SE du Programme en collaboration avec le Bureau de Stratégie et Développement du Ministère de Santé. Elles nous permettent d'élaborer et de diffuser le bulletin mensuel, les rapports mensuel, trimestriel, semestriel et annuel. Des recommandations sont formulées pour une prise de décision.
- ✓ **Les données de la surveillance épidémiologique** basées sur l'identification et la notification hebdomadaire des maladies sous surveillance et la riposte y compris le paludisme. En ce qui concerne le Paludisme, les données sont gérées par la section SE du Programme en collaboration avec la section urgence et catastrophe de la division Prévention et Lutte contre la Maladie. Ces données sont analysées et présentées lors des réunions hebdomadaire du PNLP et des recommandations sont formulées pour une prise de décision.
- ✓ **Les données des sites sentinelles de surveillance** qui permettent d'obtenir de façon continue les données sur la mortalité et la morbidité, les activités de laboratoire, l'entomologie,

l'efficacité thérapeutique des médicaments et la pharmacovigilance. Il s'agit de données complémentaires qui ne sont pas prises en compte par le SNIS de routine.

- ✓ **Les études et enquêtes** qui permettent de documenter davantage certains aspects spécifiques en rapport avec la prévention ou la prise en charge. Un comité de recherche scientifique est mis en place en partenariat avec l'Université de Conakry, les centres de recherches, les ONGs, les partenaires bi et multilatéraux. Des réunions semestrielles sont organisées pour faire la promotion de la recherche scientifique sur le paludisme. Un insectarium et une animalerie sont fonctionnels avec l'appui de l'Université de Conakry, les partenaires et les institutions internationales de recherche.
- ✓ **Les données administratives et de gestion des ressources** sont sous la responsabilité du Responsable Administratif et Financier (RAF) du Programme pour le personnel, équipement, infrastructure, maintenance. Ce service est appuyé par un auditeur, un chef comptable et les agents comptables.

### 3.4. Cadre institutionnel

Les principales institutions qui interviennent dans la mise en œuvre du plan de Suivi Evaluation sont :

- Le PNLP pour la coordination stratégique et technique ;
- La DNPM pour le contrôle de la qualité et la mise en place d'un système de pharmacovigilance ;
- La DPLM pour la surveillance épidémiologique hebdomadaire ;
- La PCG pour le stockage et la distribution des médicaments antipaludiques et consommables ;
- Les structures sanitaires publiques et privées de la pyramide sanitaire, les ONGs, les ASC, les organisations communautaires de bases pour la mise en œuvre des activités ;
- Les partenaires techniques et financiers.

La coordination du suivi évaluation se fera à quatre niveaux dans la structuration du système d'information en vue d'une prise de décision :

- ✓ **Le Niveau opérationnel** : est représenté par les structures de santé (poste de santé, centre de santé, centre médical communal, hôpitaux, secteur privé, confessionnel et service de santé des Armées) et les prestataires communautaires (Agents de Santé Communautaire). A ces différents niveaux, les outils d'enregistrement des cas et de prestations de services permettent aux acteurs de procéder à la collecte, la notification des cas, la compilation des rapports des sous-unités, l'élaboration du rapport mensuel, le traitement et l'analyse des données de couverture et de performance. Les Agents de santé Communautaires, les chefs de postes et de centres de santé, les chargés de statistiques des hôpitaux et CMC, les chefs de cliniques et cabinets médicaux sont chargés de la collecte des données et de la production des rapports à soumettre aux Directions Préfectorales et Communales de la Santé.
- ✓ **Le Niveau périphérique** : ce niveau est représenté par la Direction Préfectorale /communale de la Santé au sein de laquelle existe une unité qui a pour mission de centraliser les données statistiques. Sous la supervision du Médecin chargé de la Prévention et de la Lutte contre la Maladie, le chargé des statistiques de la Direction Préfectorale de la Santé (DPS) et le point focal du PNLP sont chargés de compiler les rapports des centres de santé et d'élaborer un rapport mensuel qui sont transmis au PNLP par voie électronique avec copie à la section SNIS du Bureau de Stratégie et Développement (BSD) du Ministère de la Santé et à la Direction Régionale de la Santé (DRS). La Direction Préfectorale de la Santé est chargée de faire une analyse des performances, de réaliser le contrôle de qualité des données et d'assurer le feedback aux structures de l'air sanitaire.

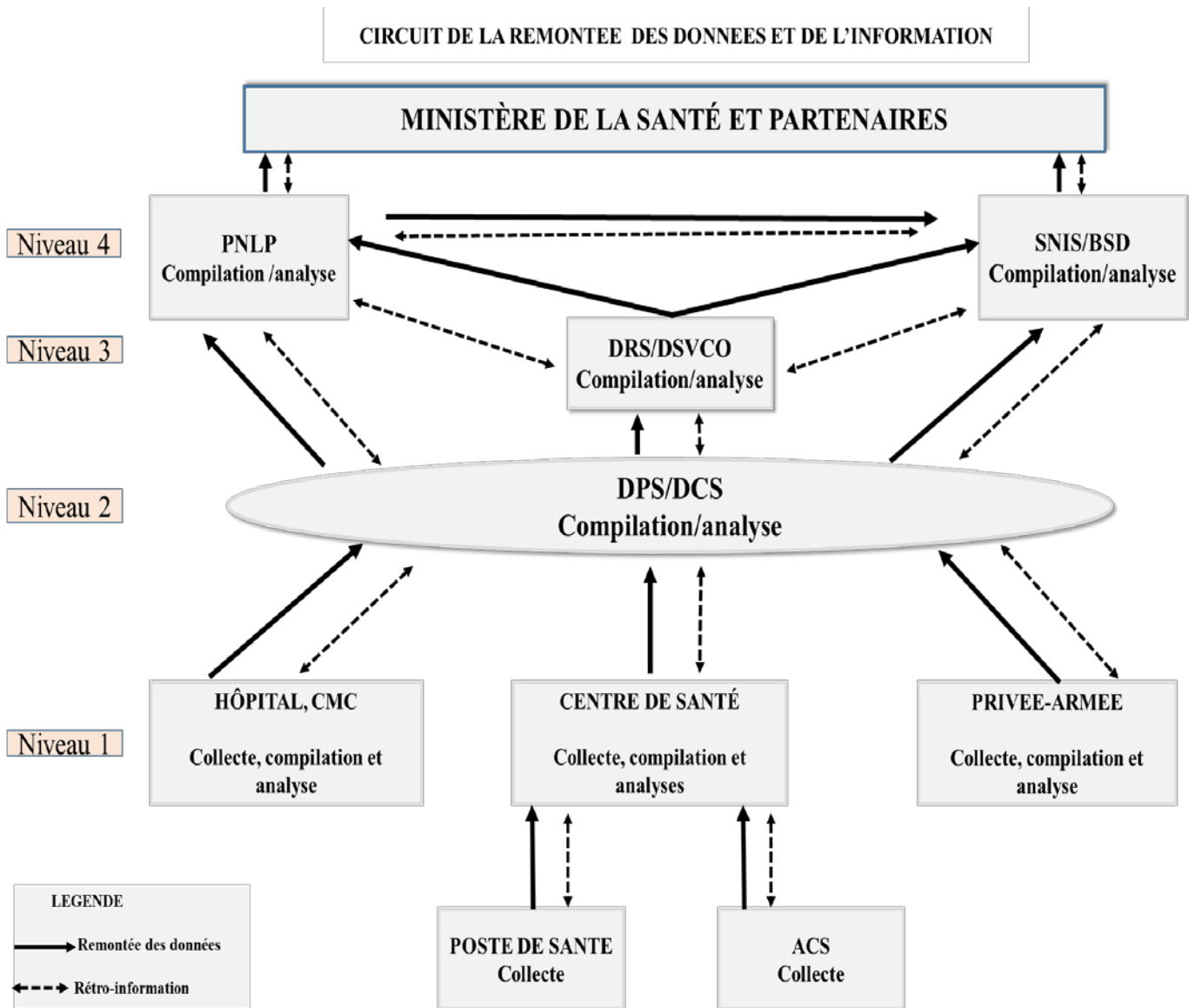
- ✓ **Niveau intermédiaire** : représenté par la Direction Régionale de la Santé (DRS), est le lieu de compilation des rapports des DPS. Sous la supervision du Médecin chargé de la Prévention et Lutte contre la Maladie de la DRS, le responsable des statistiques au niveau régional est chargé de coordonner les activités relatives à l'information sanitaire des DPS, d'analyser les performances et d'assurer le feedback.
- ✓ **Niveau central** : les données sur le paludisme sont reçues et analysées à deux niveaux : la section statistique et information sanitaire (SNIS) qui relève du BSD et l'unité Suivi/Evaluation du PNLP. Ces deux structures travaillent ensembles pour :
  - a. Centraliser, analyser, conserver et diffuser l'information sur le paludisme,
  - b. Concevoir les outils, les procédures et les mécanismes uniformes de notification des données d'enregistrement et d'utilisation de l'information,
  - c. Renseigner et suivre les indicateurs par niveau du système,
  - d. Concourir à l'accomplissement des obligations tant nationales qu'internationales en matière d'information sur le paludisme.

**Tableau N°xxx Responsabilités et types de rapports par niveau**

Niveau	Personnes responsables	Outils de rapportage
Niveau communautaire	ASC Animateurs des OBC	Fiche de rapport ASC Fiche de rapport OBC
Centre de santé/Poste de santé	CCS/Chef de Poste de Santé	Fiche de rapport mensuel
CMC/Hôpitaux	Chargé des statistiques	Fiche de rapport mensuel
DPS/DCS	Chargé des statistiques/MCM	Fiche de rapport mensuel
DRS/DSVCo	Chargé des statistiques/MCM	Fiche de rapport mensuel
National	Data manager PNLP, Chef Section Statistique et Information Sanitaires(SNIS/BSD)	Bulletin mensuel Rapport mensuel Annuaire statistique

### 3.5. Circuit d'information et de remontée des données

Les données sont transmises par voie électronique. Les informations collectées par les formations sanitaires et au niveau communautaire sont envoyées au PNLP à travers les services intermédiaires. Elles sont analysées par l'Unité Suivi Evaluation du PNLP et transmises au Ministère de la Santé et aux partenaires conformément au schéma ci-dessous



### 3.6. Organe de pilotage et Groupe technique

Les activités de lutte contre le paludisme sont pilotées par le PNLP à travers son unité suivi évaluation en relation avec le groupe thématique Suivi/Evaluation. Cette unité a pour mission d'assister la coordination dans la gestion des activités relatives au suivi, à l'évaluation, à la surveillance épidémiologique et à la recherche opérationnelle.

**Tableau xxx :** Composition de l'Unité Suivi/Evaluation Surveillance Epidémiologique et Recherche opérationnelle du PNLP et profil des membres

Membre	Profil
Chef de l'unité	Médecin épidémiologiste ou spécialiste en suivi évaluation
Chargé de la planification et de la supervision	Spécialiste en suivi-évaluation
Chargé de la recherche opérationnelle et enquête	Médecin épidémiologiste
Gestionnaire des données et de surveillance épidémiologique	Data manager statisticien
Chargé de la documentation	Archiviste documentaliste

**Le Groupe Technique Suivi/Evaluation (GTSE)**, qui regroupe l'équipe SE du PNLN, les partenaires, le SNIS et les services techniques du Ministère de la Santé, est chargé d'appuyer le PNLN dans le renforcement du système de Suivi/Evaluation.

Ce groupe tient mensuellement une réunion pour faire la planification, le bilan, les forces et faiblesses afin de formuler des recommandations pour une prise de décision.

### 3.7. Rôles et responsabilités des acteurs

Le tableau ci-dessous décrit les rôles et les responsabilités des acteurs impliqués dans les activités de Suivi/Evaluation.

**Tableau xxx** : Rôles et les responsabilités des acteurs impliqués dans les activités de Suivi/Evaluation.

Acteurs	Préoccupations/Rôles	Tâches/Fonction de SE
Ministère de la Santé	Suivi de la conformité entre les orientations stratégiques et les politiques. Evaluations et audits du programme.	Validation des rapports d'activités trimestriels, semestriels et annuels du PNLN et des évaluations d'impact. Prise de décision en matière de vision et de stratégies
PNLN	Coordination de la Planification et du Suivi des orientations stratégiques  Suivi/Evaluation des projets, services, institutions et soumission de rapport aux Ministère et aux partenaires  Suivi/Evaluation de l'état d'avancement dans la mise en œuvre des stratégies de lutte  Evaluation des résultats et de l'impact	Compilation, analyse, validation des rapports statistiques et rapports d'activités mensuels, trimestriels, semestriels et annuels des DPS, DRS et partenaires (ONGs, secteurs privés associatifs, service de santé des Armées et confessionnels).  Mesure du niveau de mise en œuvre du plan stratégique et des plans opérationnelles  Mesure des tendances des indicateurs du Programme.  Prise de décisions sur la pertinence et le niveau de mise en œuvre des stratégies.
Partenaires	Financement basé sur les résultats obtenus grâce à l'efficacité et l'efficience.	Analyse des rapports du Programme et autres acteurs. Faire le Feedback. Prise de décision en matière d'appui technique et financier
DRS	Suivi/Evaluation de la mise en œuvre des interventions au niveau régional	Compilation, analyse, validation des rapports statistiques et rapports d'activités au niveau régional  Mesure du niveau de mise en œuvre du plan opérationnelle et

		des tendances des indicateurs du Programme  Prises de décisions sur la mise en œuvre des activités et la gestion des données
DPS	Suivi/Evaluation de la mise en œuvre des interventions au niveau préfectoral  Elaboration et transmission de rapports mensuels	Compilation, analyse, validation des rapports statistiques et rapports d'activités mensuels au niveau préfectoral  Mesure du niveau de mise en œuvre du plan opérationnelle et des tendances des indicateurs du Programme  Prises de décisions sur la mise en œuvre des activités et la gestion des données
Structures de santé publique, privées, confessionnelles et services de santé des Armées	Suivi de la mise en œuvre des activités  Collecte des données primaires  Elaboration et transmission de rapports mensuels	Compilation, analyse, validation des rapports statistiques et rapports d'activités mensuelles des services dépendants et des ASC, OBC et ONGs. Monitoring des activités. Mesure des tendances des indicateurs du Programme au niveau de l'aire de Santé
Communautés (ASC/OCB) et ONGs	Participent à la mise en œuvre des activités.	Collecte des données primaires. Elaboration et transmission de rapports mensuels.

### 3.8. Procédures de gestion des données

#### 3.8.1. Collecte des données

La collecte des données se fait au niveau des points de prestation de services (formation sanitaires et niveau communautaire).

**Dans les formations sanitaires** (poste de santé, centre de santé, Centre Médical Communal et Hôpitaux, secteur privé, confessionnel, service de santé des Armées), il existe des outils de gestion (registres de consultation, d'hospitalisation, de laboratoire, fiches de stock, registre de gestion de médicaments, registre de CPN, Fiches infantiles et fiches de pointage, Coupons MILDA, fiche de référence) dans lesquels sont inscrits au quotidien tous les actes exécutés par les prestataires.

Ces documents servent de base de données pour le remplissage du canevas de rapport mensuel de la formation sanitaire.

**L'agent de santé communautaire** effectue des visites à domicile (VAD) pour passer des messages dans le but de favoriser l'adoption des bonnes pratiques favorables à la santé.



L'ASC dispose d'un cahier dans lequel il inscrit tous les actes qu'il réalise par jour. A la fin du mois, il utilise les données collectées dans le cahier pour remplir sa fiche de rapport mensuel validé par le chef de centre de santé.

Concernant les activités de sensibilisations et de distribution communautaire de produits de santé (CTA et TDR) les fiches de collecte et de compilation des rapports, conçues à cet effet sont remplies par les acteurs formés et servent de base à l'élaboration des rapports. Les prestataires doivent être formés à l'utilisation de ces outils et disposés de guides de remplissage.

Les organisations communautaires de base (OCB) réalisent des causeries éducatives par groupe spécifiques de 10 à 15 personnes en utilisant les approches participatives appropriées à la résolution des problèmes relatifs au paludisme et l'utilisation des MILDA dans leurs localités.

L'OCB dispose des fiches de collecte (carnet) des données servant de base à l'élaboration des rapports d'activités.

### **3.8.2. Compilation et analyse**

- **Le premier niveau de compilation des données de routine** se fait au niveau des formations sanitaires (FOSA).

Le chef de centre de santé doit à la fin de chaque mois compiler les données des unités de son centre et des structures de son aire sanitaire (postes de santé, ASC). Pour cela, il organise une réunion mensuelle regroupant les chefs des unités de son centre qui réalisent des activités de prévention et de PEC du paludisme (agents CPN, CPC, PEV, Laboratoire et point de vente) ainsi que les chefs de postes et les ASC.

Le statisticien de l'hôpital doit travailler avec le surveillant général, les surveillants des pavillons et les chefs des services techniques pour vérifier les données et rédiger le rapport mensuel de l'hôpital.

A chaque niveau (centre de santé, hôpital) les équipes doivent réaliser les activités suivantes :

- i. vérifier la qualité du remplissage des outils primaires : toutes les rubriques des registres et fiches sont renseignées conformément aux instructions ;
- ii. s'assurer que toutes les rubriques du rapport mensuel de chaque unité sont correctement renseignées ;
- iii. s'assurer de la concordance entre les données du rapport mensuel de chaque unité et les données des outils primaires ;
- iv. compiler les données et rédiger le rapport mensuel.

Le rapport mensuel est vérifié et validé par le responsable de la structure (chef de centre ou Directeur de l'hôpital) qui, après s'être assuré que toutes les rubriques sont renseignées conformément aux instructions, signe le rapport et le transmet à la DPS avant le 5 du mois suivant.

Au cours de la réunion mensuelle, l'équipe de la structure procède à une analyse des données pour des prises de décision sur la qualité des données, les tendances de la morbidité et de la mortalité, la disponibilité des intrants et l'utilisation des services.

**Le second niveau de compilation et d'analyse** se fait au niveau des DPS/DCS. Sous la supervision du chef de section prévention et lutte contre la maladie, le point focal et le statisticien de la DPS/DCS doivent à la fin de chaque mois compiler les rapports mensuels des formations sanitaires qui relèvent de la DPS/DCS. Pour ce faire, la DPS/DCS dispose de fichier standard (EXCEL) rapport paludisme et le DHIS2 qui est en phase d'implémentation dans lesquelles le statisticien saisit les rapports des structures au fur et à mesure de leur réception.

Ces outils de gestion permettent le traitement des données et la production du rapport mensuel qui est transmis à la DRS, PNLP et BSD/SNIS.

Une fois les données compilées, elles sont analysées afin de définir les tendances par rapport à la période précédente. Cette analyse aboutit à des prises de décision sur la qualité des données, les tendances de la morbidité et de la mortalité, la disponibilité des intrants et l'utilisation des services de prise en charge des cas et de prévention.

**Le troisième niveau de compilation et d'analyse**, représenté par la Direction Régionale de la Santé (DRS), est le lieu de compilation des rapports des DPS. Sous la supervision du Médecin chargé de la Prévention et Lutte contre la Maladie de la DRS, le responsable des statistiques au niveau régional est chargé de coordonner les activités relatives à l'information sanitaire des DPS, d'analyser les performances et d'assurer le feedback. La DRS dispose le DHIS2 qui est en phase d'implémentation dans laquelle le statisticien compile et analyse les données recueillis dans le DHIS2 par district. Cette analyse aboutit à des prises de décision sur la qualité des données, les tendances de la morbidité et de la mortalité, la disponibilité des intrants et l'utilisation des services de prise en charge des cas et de prévention.

**Le quatrième niveau de compilation et d'analyse** se fait au niveau du PNLP et BSD/SNIS. Sous la supervision du chef d'unité Suivi/Evaluation et le gestionnaire de données (Data Manager) doivent à la fin de chaque mois compiler les rapports mensuels des DPS/DCS. Pour ce faire, il dispose des bases de données informatisées (WINDEV et DHIS2) qui sont suppliées par un logiciel statistique R et un progiciel GESDON/PALU dans lesquelles les données des districts sanitaires sont compilées et analysées pour produire le bulletin mensuel, les rapports mensuel, trimestriel, semestriel et annuel.

A l'issu de l'analyse des données, il décrit les tendances de la morbidité et de la mortalité, la disponibilité des intrants et l'utilisation des services de prise en charge des cas et de prévention.

Cette analyse est faite par district sanitaire, par région et par strate épidémiologique et aboutit à des prises de décision sur la complétude, la promptitude, la qualité des données et l'évolution des indicateurs retenus dans le plan de SE.

#### 3.8.4. Transmission des données

La transmission des données se fait à chaque niveau de la pyramide sanitaire, les données collectées sont compilées, analysées et diffusées. La retro information doit être assurée d'une manière systématique et réciproque.

#### 3.8.5. Types de rapports par niveau de la pyramide sanitaire

Des rapports périodiques sont produits par chaque niveau de la pyramide sanitaire et transmis au niveau supérieur et à tous les utilisateurs notamment les partenaires techniques et financiers.

**Tableau xxx: Type, les outils utilisés, la périodicité et les délais** de transmission des rapports attendus par niveau.

Niveau	Types de rapports	Outils	Périodicité	Délais
Agent de santé Communautaire	Rapport mensuel de ASC	Fiche de rapport mensuel Registre de l'AC	Mensuel	Avant le 5 du mois suivant
	Rapport mensuel du CS/PS	Fiche de rapport mensuel Registre de	Mensuel	Avant le 10 du mois suivant

Hôpital préfectoral / Régional		consultation Fiche CPN Fiche infantile PEV Carnet de santé Fiches de stocks		
	Rapport de Monitoring	Fascicule de monitoring	Semestriel	Janvier et Juillet de chaque année
	Rapports d'activité	Canevas du Programme	Ponctuelle	7 jours après la fin de l'activité
	Rapport de supervision	Grille de supervision	Mensuel	Avant le 5 du mois suivant
Clinique/Cabinet privé	Rapport mensuel de l'hôpital	Fiche de rapport mensuel	Registre de consultation Fiche CPN Fiche infantile PEV Carnet de santé Fiches de stocks Mensuel	Avant le 10 du mois suivant
	Rapport de Monitoring	Fascicule de monitoring	Semestriel	Janvier et Juillet de chaque année
	Rapport de supervision	Grille de supervision	Mensuel	Avant le 5 du mois suivant
DPS	Rapport mensuel Préfectoral	Fiche de rapport mensuel	Mensuel	Avant le 15 du mois suivant
	Rapport de Monitoring	Fascicule de monitoring	Semestriel	Janvier et Juillet de chaque année
	Rapport de supervision	Grille de supervision	Mensuel	Avant le 5 du mois suivant
	Rapports d'activité	Canevas du Programme	Ponctuelle	7 jours après la fin de l'activité
DRS	Rapport mensuel régional	Fiche de rapport mensuel	Mensuel	Avant le 20 du mois suivant
	Rapport synthèse de Monitoring	Fascicule de monitoring	Semestriel	Janvier et Juillet de chaque année
	Rapport de supervision	Grille de supervision	Mensuel	Avril – juillet – octobre - janvier
	Rapports d'activité	Canevas du Programme	Ponctuelle	7 jours après la fin de l'activité
	Bulletin mensuel de retro information	Canevas du Programme	Mensuel	Avant le 30 du mois suivant
	Rapports	Canevas du	Trimestriel,	30 jours après le

PNLP	statistiques	Programme	Semestriel Annuel	trimestre 30 jours après le semestre Avant fin février de l'année suivante
	Rapports d'activité	Canevas du Programme	Ponctuelle	7 jours après la fin de l'activité
	Rapport de supervision	Grille de supervision	Semestriel	Janvier – Juillet
SNIS	Annuaire Statistique	Canevas National	Annuel	Deuxième trimestre de l'année suivante
	Bulletin mensuel de retro information	Canevas du SNIS	Mensuel	Avant le 30 du mois suivant

### 3.8.7. Le contrôle de la qualité des données

Les activités de revue trimestrielle pour la validation des données, les missions de vérification des données (OSDV), EUV/DQA et les réunions mensuelles permettent à l'unité SE de contrôler la qualité des données au niveau des formations sanitaires et communautaires. Les missions d'investigation ont été organisées pour vérifier l'augmentation du nombre de cas de paludisme dans les formations sanitaires.

### 3.9. La supervision

Les supervisions prévues par les différents niveaux d'encadrement du système de santé (central, régional, district sanitaire et centre de santé) permettront de renseigner sur la performance des agents et la qualité des données collectées à travers l'examen des supports primaires et le renforcement des compétences.

Ces supervisions tiendront compte des aspects quantitatifs et qualitatifs des soins et services fournis. Elles s'intéresseront aussi à l'identification des problèmes majeurs et à l'élaboration d'un plan de résolution de ces problèmes. Un guide de supervision servira de support à la réalisation de l'activité.

**(revoir le temps des verbes)**

## 4. PLAN NATIONAL DE SUIVI/EVALUATION 2018-2022

L'un des axes stratégiques prioritaires (Axe 7) du Plan Stratégique National 2018-2022 est constitué par la surveillance épidémiologique, le suivi-évaluation et la recherche. La mise en œuvre de cette stratégie implique le renforcement des performances du système de suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme à tous les niveaux. Le plan de SE permettra de suivre et évaluer l'état de progression des différents indicateurs retenus (intrants, processus, résultats, impacts) en rapport avec les objectifs fixés afin de tirer les enseignements/leçons apprises des actions réalisées en vue d'une amélioration des performances du Programme.

### 4.1. Objectif

Rendre disponible des informations sur le paludisme à tous les niveaux en vue de suivre les résultats du Programme pour la prise de décision.

#### **4.2. Objectifs spécifiques**

- Renforcer les capacités techniques en Suivi/Evaluation des parties impliquées à tous les niveaux ;
- Renforcer les capacités logistiques des systèmes de SE à tous les niveaux ;
- Harmoniser les outils et méthodes de SE du paludisme au niveau pays ;
- Renforcer le système d'assurance qualité de la collecte et le rapportage des données à tous les niveaux ;
- Constituer des bases factuelles sur le paludisme pour la prise de décision ;
- Renforcer les mécanismes de coordination et de partenariat sur le SE du paludisme à tous les niveaux.

#### **4.3. Interventions pour le renforcement du système de S&E du PNL**

Les stratégies retenues pour le renforcement des capacités de SE de la lutte contre le paludisme dans le pays ont été définies dans le Plan Stratégique National 2018-2022, ce sont :

- Le Renforcement des compétences du personnel en Suivi/ Evaluation à tous les niveaux ;
- Le Renforcement des capacités logistiques pour le système du Suivi/ Evaluation à tous les niveaux ;
- L'Harmonisation des outils et des méthodes de suivi/évaluation ;
- Le Renforcement du système d'assurance qualité des données du paludisme à tous les niveaux
- La Documentation des résultats du programme, des leçons apprises et des bonnes pratiques ;
- Le Renforcement de la coordination et du partenariat sur le SE du paludisme à tous les niveaux

#### **4.4. Mesure des performances du programme de lutte contre le paludisme**

La mesure des performances se fonde sur le cadre logique du Programme. Ainsi , sur la base du but et des objectifs du Plan Stratégique National, il est défini des indicateurs à mesurer et des cibles à atteindre par rapport aux intrants fournis, au processus de réalisation des activités , aux produits obtenus, aux effets (changements de comportement favorables) et à l'impact des interventions sur la population en terme de morbidité, de mortalité et de bien-être.

La mesure des performances se fera à travers un processus continu de collecte et d'analyse des données permettant de s'assurer des progrès réalisés tout au long de la mise en œuvre des interventions.

#### **Cadre de performance :**

Les indicateurs de performance qui serviront à mesurer les changements recherchés sont définis dans une matrice appelée cadre de performance. Cette matrice prend en compte les indicateurs de produit, de processus, d'effet et d'impact.

Le cadre de performance a pour but de mettre en place des indicateurs pour mesurer le processus de mise en œuvre du PSN et l'atteinte du but et des objectifs fixés. A cet effet, il définit:

- 1- Les indicateurs à mesurer;
- 2- La valeur de base de l'indicateur et sa source;
- 3- Les cibles à atteindre par période;
- 4- Les méthodes de récolte des données;
- 5- Les sources de données.

***Méthode de collecte de données :***

Dans le cadre de ce plan de SE, la collecte des données pour renseigner régulièrement les indicateurs se fera en utilisant diverses sources:

***- Données de routine :***

Les données de routine serviront à renseigner les indicateurs de processus et de résultats du programme. Elles sont recueillies par les formations sanitaires et transmises aux différents niveaux de la pyramide à travers les rapports de routine ou des activités de monitoring auxquelles sont associées toutes les parties prenantes. Elles portent sur :

- **Les outils intégrés de collecte et de suivi mis en place dans le cadre du SNIS y compris les données recueillies par les agents communautaires** sous la supervision des centres de santé;
- **La SIMR** qui concerne les données recueillies dans le cadre de la surveillance des maladies à potentiel épidémique, des urgences et catastrophes.

***-Les données de surveillance sentinelle :***

Dans la période de 2018 à 2022 le nombre de sites sentinelles à couvrir atteindra 16, à raison de 4 par région naturelle.

Ces sites sélectionnés fournissent mensuellement les informations sur les cas de paludisme vus en consultations externes et/ou en hospitalisation, les décès ainsi que certains indicateurs de couverture.

Actuellement, la surveillance entomologique se déroule dans 7 sites : Labé, Boké, Kankan, Kissidougou, Dabola, Faranah et Mamou. Les 9 sites sentinelles prévus seront sélectionnés conformément aux critères d'éligibilité du programme.

En collaboration avec les institutions de recherches, ces sites sont également chargés de réaliser des activités spécifiques de SE et de recherche opérationnelle, notamment le suivi de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques, la sensibilité des vecteurs aux insecticides, le contrôle de qualité des intrants et la pharmacovigilance.

Les sites doivent avoir un standard minimum à savoir :

- un pavillon d'hospitalisation surtout pour les enfants ;
- un laboratoire de diagnostic biologique du paludisme avec de préférence un microscope fonctionnel ou existence de Test de Diagnostic Rapide (TDR);
- des guides techniques pour le diagnostic du paludisme ;
- une provision en antipaludiques (CTA, Artésunate injectable et suppositoire Artémether, quinine) destinés au traitement du paludisme simple ou grave;
- Un personnel motivé et formé sur le diagnostic, la PEC, la collecte, l'analyse et la transmission des données du paludisme.

***- Les données programmatiques :***

Renseignent sur les indicateurs d'intrants, à travers les rapports d'activité du PNL et ses partenaires de mise en œuvre;

- *Les données financières* du PNLN et ses partenaires permettent d'apprécier le niveau et la qualité de financement du PSN 2018-2022 (cout/efficacité, cout/efficience).

### ***Supervisions:***

Les équipes de supervision sont composées par les cadres du Ministère de la santé et les partenaires techniques et financiers.

Les supervisions prévues par les différents niveaux d'encadrement du système de santé se déroulent comme suit:

- Au niveau central, tous les 6 mois ;
- Au niveau Régional, tous les 3 mois ;
- Au niveau préfectoral tous les 2 mois ;
- Au niveau centre de santé tous les mois ;

Ces supervisions permettent de renseigner sur la performance des agents et la qualité des données collectées à travers l'examen des supports primaires et le renforcement des compétences.

Elles s'intéressent également aux aspects quantitatifs et qualitatifs des soins et services fournis à travers une grille de supervision élaborée à cet effet.

### ***Evaluations***

La mesure des indicateurs de couverture, d'effets et d'impacts des interventions se fera à travers des enquêtes nationales représentatives. Ces enquêtes concernent à la fois la population générale et les groupes à risque.

- **Les enquête ménages** de type EDS (Enquête Démographique et Sanitaire) qui se déroule tous les 5 ans, MIS (Enquête sur les Indicateurs du Paludisme) ou MICS (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples) qui se déroulent tous les 2 ans, permettent de renseigner sur les connaissances, attitudes et pratiques des communautés, le niveau de couvertures des principaux services fournis aux populations, l'évolution de la morbidité/mortalité liée au paludisme et l'impact socioéconomique ;
- **Les enquêtes dans les formations sanitaires**(SARA) sont réalisées en utilisant les données logistique et épidémiologique de routine pour mesurer l'offre et la qualité des services.

Afin de s'assurer de la réalisation effective des enquêtes planifiées leurs financements sont prévues dans le budget du Plan ou par d'autres structures spécialisées telle que l'Institut National des Statistiques.

Les autres évaluations (revues annuelles, à mi-parcours et finale) permettront de faire la situation du niveau d'exécution des activités planifiées (PSN, plans opérationnels) et du niveau d'atteinte des indicateurs par rapport aux cibles fixées. Ces évaluations seront réalisées à tous les niveaux avec l'appui des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme.

### **Autres méthodes complémentaires**

Des données complémentaires seront recueillies notamment dans les sites sentinelles sur la pharmacovigilance, les tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques, les tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides ainsi que les tests d'efficacité des insecticides.

Les résultats des recherches opérationnelles sur les stratégies de lutte contre le paludisme seront également utilisés pour suivre et évaluer la réponse nationale face à l'endémie palustre.



## *Sources des données, fréquence de collecte et responsables*

### ❖ *Principales sources de collecte des données:*

- les rapports d'activités du PNLP et ses partenaires ;
- les registres, fiches et autres outils de gestion des formations sanitaires et agents communautaires ;
- les rapports d'enquêtes et évaluations nationales.

### ❖ *Périodicité de collecte des indicateurs* : elle varie selon le type:

- Tous les mois ou tous les trimestres pour les données du SNIS et des sites sentinelles ;
- Tous les trimestres, tous les semestres ou tous les ans pour les indicateurs programmatiques ;
- Tous les ans ou tous les deux à cinq ans pour les indicateurs mesurés à travers des enquêtes.

### ❖ *Principaux responsables de la gestion des données:*

#### - *Au niveau central* :

- Les différentes unités du PNLP pour les indicateurs du paludisme : Unité S&E, Unité GAS, Unité Lutte antivectorielle, Unité PEC, Unité IEC/CCC, Gestion de programme/partenariat, Service Administratif et comptable ;
- Le SNIS pour les données de routines ;
- La Division Prévention et Lutte contre la Maladie pour la surveillance épidémiologique ;
- Le PNLP et ses partenaires pour les données programmatiques et financières.

#### - *Au niveau régional* : Sous la supervision du DRS/DSVCo :

- Les Chefs section Prévention et Lutte contre la Maladie des DRS/DSVCo ;
- Les responsables des Statistiques des DRS et hôpitaux régionaux ;
- Les chefs de services des hôpitaux régionaux : Laboratoire, Pharmacie, Pédiatrie, Maternité, Médecine générale.

#### - *Au niveau périphérique* : Sous la supervision du DPS/DCS :

- Les Chefs section Prévention et Lutte contre la Maladie des DPS ;
- Les responsables des Statistiques des DPS et des HP
- Les chefs de services des hôpitaux préfectoraux : Laboratoire, Pharmacie, Pédiatrie, Maternité, Médecine générale des hôpitaux préfectoraux ; les services de santé des armées ;
- Les chefs de centre, postes de santé et Agents de Santé Communautaires ;
- Les chefs des cliniques, cabinets médicaux et hôpitaux privés, associatifs et confessionnels intégrés.

## *Lieu de stockage*

L'option choisie est de faire en sorte que les données récoltées soient stockées physiquement au niveau du programme et des structures décentralisées. Les données seront archivées à chaque niveau de la pyramide sanitaire (Communautaires, formations sanitaires, DPS/DCS DRS, Programme, SNIS),

L'unité suivi/évaluation du programme a mis en place une base de données (WINDEV) pour centraliser toutes les données sur le paludisme provenant des formations sanitaires, des sites sentinelles, des enquêtes et les données programmatiques. Cette base de données sera renforcée et décentralisée au niveau régional.

La base de données du SNIS (DHIS2) centralise toutes les données de routine provenant des formations sanitaires. Le plan prévoit un appui au SNIS pour sa décentralisation au niveau régional et préfectoral.

Les procédures d'archivage des données programmatique et financières sont décrites dans le manuel de procédures administratives et comptables du PNLP.

### Gestion de la qualité des données



Le PNLP, à travers l'Unité SE, doit s'assurer de la qualité des données collectées avant qu'elles ne soient mises à la disposition des utilisateurs. Le contrôle de qualité des données et leur validation sont faits au cours des supervisions formatives (internes et externes), du monitoring semestriel et à l'occasion des réunions trimestrielles organisées au niveau des Districts et des Régions.

Les missions d'audits indépendants seront organisées chaque année pour apprécier la qualité des données conformément au guide de l'audit. Pour chaque mission d'audit de la qualité de données, les différents niveaux de production, de compilation et d'agrégation des données (SNIS, PNLP, DRS/DSVCo, DPS/DCS, CS, PS, ASC, ONGs, Projets) seront touchés à travers des sites choisis de manière aléatoire en vue d'obtenir une estimation raisonnable de la qualité des données pour tout le pays.

Le contrôle de qualité est réalisé à toutes les étapes de la gestion des données (de la collecte jusqu'à la diffusion) aussi bien pour les données de routine que pour les données d'enquête comme décrit dans le [tableau N° 1](#)

**Tableau N°1. Procédures de contrôle de qualité des données**

Type de données	Etapes	Activités de contrôle de qualité
Données de routine	Collecte des données	Utilisation d'outils standards, formation du personnel au remplissage, supervision de la qualité de remplissage des outils de collecte des données sur l'existence et la tenue des outils de gestion adaptées, l'exhaustivité, la complétude des données, la conformité des données de terrain avec le rapport reçu.
	Traitement des données	Compilation et organisation des données en termes de temps, de lieu et de personne. Pour cela, le chargé de statistique du district est responsable à chaque niveau de vérifier au préalable les rapports avant leur compilation et utiliser pour ce faire du matériel adapté (calculatrice, ordinateur, logiciel adapté, source d'énergie, imprimante) pour le traitement.
	Analyse et interprétation des données	L'équipe cadre du district est chargée de produire et montrer les tendances en fonction des indicateurs retenus afin d'orienter la prise de décision. Elle contrôle la complétude et la fiabilité
	Validation des données	Corrections sur place des erreurs constatées dans les rapports. Elle sera effectuée au cours des supervisions internes ou externes, des réunions mensuelles aux niveaux DPS/DCS et du monitoring
	Diffusion des résultats	L'information est diffusée à tous les niveaux à travers la publication du bulletin mensuel. Suite à la publication du bulletin mensuel, l'équipe cadre du district en collaboration avec le PNLP et les partenaires techniques et financiers, organise des missions d'investigations dans les formations sanitaires qui présentent une incidence élevée et une notification aberrante.
Enquêtes	Protocole	Validation des termes de référence par l'unité de suivi/évaluation du programme en collaboration avec les institutions apportant l'appui technique et le groupe technique SE.  Validation du protocole d'enquête et des outils de collecte par le groupe de référence SE et par le comité d'éthique.
	Collecte des données	Pré test des outils de collecte, identification et formation des enquêteurs, supervision quotidienne de la qualité des données sur le terrain
	Saisie des données	Contrôle à la saisie et double saisie des données
	Traitement, analyse et interprétation des données	Utilisation d'un matériel (calculatrice, ordinateur) et des logiciels adaptés, (ii)-utilisation d'un personnel qualifié
	Validation des rapports d'enquête	Par un comité technique national et par le groupe technique de SE

Au cours des supervisions et des missions d’audit de la qualité des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, les responsables doivent examiner les aspects suivants et s’assurer qu’ils sont respectés:

- **La pertinence** : les données mesurent ce qu’elles sont censées mesurer ;
- **La fiabilité** : les mesures ne varient pas en fonction de leur utilisateur, de leur date d'utilisation ou de leur fréquence d'utilisation ;
- **La précision** : les données présentent tous les détails nécessaires et exacts ;
- **L'exhaustivité** : les données sont complètes et ne négligent aucun élément ;
- **La disponibilité** : les données sont à jour et disponibles en temps voulu ;
- **L'intégrité** : aucun biais délibéré, ni manipulation des données ne sont observés ;
- **La confidentialité** : les patients sont assurés que leurs données sont conservées conformément aux normes en vigueur.

Pour la mise en œuvre du contrôle de routine de la qualité des données sur le terrain, des indicateurs pertinents seront identifiés sur la base des critères précis et une check-list élaborée pour servir de base de travail aux superviseurs.

### *Dissémination des données et utilisation de l’information*

Le partage de l’information permet à toutes les parties prenantes d’être au même niveau d’information et de prendre des décisions éclairées concernant la mise en œuvre de l’ensemble des interventions menées à tous les niveaux. C’est pourquoi les résultats de l’analyse des données doivent être mis à la disposition des décideurs, des partenaires et des acteurs de terrain.

Pour cela, le PNLP dispose d’un plan de dissémination de données et d’utilisation de l’information qui prend en compte l’ensemble des données produites afin de satisfaire les besoins du programme, des différents projets et des partenaires dans le pays.

#### *Dissémination des données :*

Le partage des données se fait à travers des rapports qui sont produits mensuellement, trimestriellement ou annuellement. Aussi, un rapport annuel du PNLP est produit et largement diffusé au cours d’une revue annuelle de bilan et de planification à laquelle prennent part toutes les parties prenantes.

L’unité Suivi-Evaluation du programme met régulièrement à la disposition des partenaires et acteurs, un récapitulatif des données les plus récentes sur la situation de la mise en œuvre des interventions du programme aux différents niveaux de la pyramide sanitaire .

Les différents types de rapports à produire sont consignés dans le **tableau N° 2** suivant avec leur périodicité, leur contenu, les niveaux d’élaboration, les responsables de production et les destinataires.

<b>Tableau N°2 : Plan de dissémination des données.</b>						
<b>Types de rapports</b>	<b>Titre du rapport</b>	<b>Périodicité</b>	<b>Contenu du rapport</b>	<b>Niveau d’élaboration</b>	<b>Responsables</b>	<b>Destinataires</b>
<b>Les rapports périodiques</b>	Rapport d’avancement de la mise en œuvre	Semestriel/ Annuel	Niveau d’avancement en rapport avec le PSN et les Plans d’action opérationnels	Unité SE PNLP	C/N PNLP	Ministre de la Santé, Partenaires

	Rapports de progrès	Trimestriel	Niveau de réalisation programmatique (activités, indicateurs) et financier	Unité SE	Chef Unité SE RAF	Ministre de la Santé, auditeurs, PNLP, Partenaires
	Rapports de supervision	Mensuel/ trimestriel Ou Semestriel	Niveau de réalisation et qualité des activités Qualité des données Suivi des indicateurs	PS, CS, Districts, Région, PNLP	Equipes par niveau	Selon niveau : ACS, PS, CS, Districts, Région, PNLP
	Rapports de Monitoring	Semestriel	Niveau de réalisation et qualité des activités Qualité des données Suivi des indicateurs	ASC, PS, CS, Districts, Région, PNLP	Equipes par niveau	Selon niveau : ASC, PS, CS, Districts, Région, PNLP
	Rapports d'exécution des activités	Mensuel/ Trimestriel	Bilan des activités réalisées	Structures de prestations	Structures de prestations	Districts, Région, Unités du PNLP, Structures contractuels
	Rapports d'évaluations	Mi-parcours et final	Bilan programmatique et financier Efficacité et Efficience des interventions Niveau des indicateurs	MS/PNLP Partenaires	Unité SE, PNLP/ Partenaires	Ministre de la Santé, PNLP, Partenaires
	Enquêtes/Etudes périodiques (Enquêtes de couvertures, Enquêtes CAP, MIS, EDS, MICS...)	Annuel Tous les 2 -5 ans	Mesure des indicateurs effets et impacts  Efficacité et Efficience des interventions	Central /partenaires	Unité SE PNLP Institutions de recherches, ONGs	Ministère de la Santé, PNLP, Partenaires
<b>Les rapports circonstanciés</b>	Comptes rendus de réunion	Au plus 3 jours après la réunion	Bilan de l'activité réalisée	Responsable de l'activité	Responsable de l'activité	Structures concernées par la réunion
	Rapports d'activités : formations, ateliers, campagnes....	3 à 7 jours après l'activité	Bilan de l'activité réalisée	Responsable de l'activité	Responsable de l'activité	Districts Région/ PNLP/ MS/, Partenaires
	Rencontre de concertation et / ou de programmation	3 à 7 jours après l'activité	Bilan de l'activité réalisée	Responsable de l'activité	Responsable de l'activité	Structures concernées par la rencontre

### *Utilisation de l'information*

L'information produite aide à la prise de décision pour :

- Améliorer la mise en œuvre des interventions en apportant les corrections nécessaires;
- Contribuer au respect des engagements pris par le pays au niveau international et dans la sous-région ;
- Justifier les financements reçus des partenaires ;
- Rechercher des financements complémentaires.

Elle est également utilisée pour montrer la performance du programme et documenter les meilleures pratiques en matière de lutte contre le paludisme.

Un plan détaillé de dissémination des données et d'utilisation de l'information produite à tous les niveaux sera élaboré et intégré dans le Guide technique de S&E.

**Tableau N° xxx:** Dissémination de l'information

<b>Structures</b>	<b>Niveaux de dissémination</b>	<b>Responsable</b>	<b>Mode de partage</b>
CS, Structures privées	CS, DPS, Comité d'hygiène.	CCS	Affichage, rapport
HOPITAUX/CMC	Services techniques rattachés	Chargé de la Statistique	Affichage, rapport
DPS/DCS	DPS/DCS, CS, Hôpitaux /CMC,DRS/DSVCO, PNLP	Chargé de la Statistique	Affichage, rapports
DRS/DSVCO	DPS/DCS, CS, Hôpitaux /CMC,DRS/DSVCO, PNLP/MS	Chargé de la Statistique	Affichage, rapports
PNLP	DPS/DCS, CS, Hôpitaux /CMC,DRS/DSVCO, PNLP/MS	Suivi - évaluation	Affichage, rapports, Bulletins, Site Web
MS/BSO	DPS/DCS, CS, Hôpitaux /CMC,DRS/DSVCO, PNLP/MS	SNIS	Affichage, rapport, Journal Santé Plus, Site Web, Annuaire statistique

## 4.5. PLAN NATIONAL DE SUIVI/EVALUATION BUDGETISE 2018-2022

Le budget total s'élève à **8 712 902 USD**

### 4.6. Modalités de mise en œuvre du Plan national S&E

#### 4.6.1. Coordination et suivi de la mise en œuvre des activités

Le Plan S&E du PNLN obéit au "principe des 3 uns" (« threeones ») :

- **Une seule Unité de coordination** de la lutte contre le paludisme dans le pays : se fait à travers la mise en place du comité national RBM qui dispose d'un Groupe Technique SE chargé de suivre et coordonné les activités de SE ;
- **Un seul Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme pour le pays** (PSN 2018-2022) qui définit les objectifs à atteindre, les stratégies et activités à mettre à œuvre ainsi que les ressources nécessaires pour les 5 prochaines années;
- **Un seul Plan National de Suivi/Evaluation** : le Plan de S&E 2018-2022 qui constitue le document de référence pour le suivi/évaluation du PSN.

Dans cet esprit, la coordination du SE sera assurée par le Groupe Technique SE du PNLN sous l'égide du Comité national RBM.

Ce comité est composé des cadres de l'unité SE du PNLN, du SNIS, des autres programmes et projets du Ministère de la Santé (VIH, TB, SR, MTN), des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme (OMS, UNICEF, USAID) et des agences d'exécution des projets de lutte contre le paludisme (CRS, Plan International Guinée, Child Fund, STOPPALU, MSH/SIAPS, LMG).

Au niveau décentralisé toutes les activités de coordination de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme se font à travers les instances de coordination et de gestion mises en place par le département de la santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agit notamment des Conseils Techniques Préfectoraux et Régionaux de la Santé, des sessions des Conseil d'Administration des Hôpitaux et des Comités de Santé au niveau des Centres de Santé.

#### 4.6.2. Partenariat en faveur du Suivi/Evaluation

Dans le cadre de l'Initiative « Faire Reculer le Paludisme », il est mis en place un Comité National RBM qui mobilise les ressources, coordonne la mise en œuvre et le SE du PSN de lutte contre le Paludisme.

C'est dans ce cadre que les partenaires appuient le pays dans la mise en œuvre du Plan Suivi/Evaluation des interventions de lutte contre le paludisme, notamment l'USAID/PMI, STOPPALU, MSH/SIAPS, LMG, CRS, la BID, l'OMS, l'UNICEF, la BM, les ONGs Internationales (MSF Belgique, Plan International, Child Fund etc).

Au niveau national, le PNLN collabore avec les autres services, programmes de santé et Institutions de recherche impliquées dans la gestion des données sur le paludisme. Il s'agit notamment :

- Du BSD pour la gestion des données du SNIS
- Du PEV/SSP/ME et de la DNEHS pour les données de monitoring des structures de Santé :
- De la Santé de la Reproduction pour les données concernant les femmes enceintes
- De la PCIMNE pour la prise en charge du paludisme chez les enfants

- De la PCG et de la DNPM pour la gestion des intrants, la pharmacovigilance et le contrôle de qualité des médicaments ;
- De l'INSP, du Centre de Recherche en Santé Rurale de Maferenya, des Universités et ONGs pour les activités de recherche opérationnelle et évaluations.

Les autres parties prenantes que sont le secteur privé, la société civile et les organisations sous régionales (OOAS, etc...) seront mises à contribution en fonction des avantages comparatifs.

#### ***4.6.3. Rôles et responsabilités des parties impliquées dans le S&E***

Dans l'esprit du "Three one", les rôles et responsabilités sont définis par niveau :

**Le PNLP en collaboration avec le BSD/SNIS** a pour rôle la mise en place d'un cadre institutionnel et normatif adéquat, le renforcement de capacités des acteurs et la mobilisation des ressources pour le SE. Il est chargé notamment de définir le cadre de fonctionnement du système de SE, de concevoir les outils harmonisés de collecte de données, de définir le circuit de l'information et les procédures de gestion des données, de renforcer les capacités des acteurs en termes de formation, de finances, de matériels et équipements.

**L'unité SE du PNLP** est la structure chargée de la production et de la diffusion de l'information indispensable pour renseigner les indicateurs de SE de la lutte contre le paludisme dans le pays. Elle doit fournir en temps opportun et sous la forme appropriée, les informations nécessaires au suivi de la mise en œuvre et à l'évaluation du Plan Stratégique National.

**Les équipes des DRS et DPS, en particulier les chargés de la lutte contre la maladie et des statistiques**, sont responsables du suivi de proximité des activités de collecte des données sur le terrain et de la production des rapports. Ils sont chargés de compiler les rapports mensuels des centres de santé et des hôpitaux, d'élaborer un rapport mensuel à transmettre au PNLP et au BSD, de faire une analyse des performances, de réaliser le contrôle de qualité des données et d'assurer le feedback.

**Les structures opérationnelles (postes de santé, centres de santé, centres médicaux communaux, hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux et de soins, pharmacies, Agents de Santé Communautaires, animateurs des ONG/OBC)** sont chargées de la production de l'information locale. Elles collectent et notifient les cas, décès et prestations de services, compilent les données et élaborent les rapports mensuels ou trimestriels, traitent et analysent les données de couverture et de performance. C'est à ce niveau qu'on retrouve les outils primaires d'enregistrement des cas, de prise en charge des patients et autres prestations de services (sensibilisations, distribution de produits,..).

**Les partenaires** sont chargés d'apporter un appui à la mise en œuvre du Plan de SE évaluation à travers la mise à disposition de l'assistance technique, la fourniture de matériels et équipements adéquats et de ressources financières notamment pour le renforcement des compétences et la réalisation des enquêtes et recherches opérationnelles.

#### ***4.6.4. Evaluation du Plan stratégique de lutte contre le paludisme***

Dans le cadre du mécanisme de suivi du MS, le PNLP présentera un rapport annuel d'exécution du plan opérationnel au cours de la revue annuelle des soins de santé primaires.



Une évaluation à mi-parcours et finale du PSN seront réalisées à l'an 3 et à l'an 5 du PSN avec l'appui technique et financier des partenaires. Pour chacune des évaluations, un rapport sera élaboré et présenté au cours d'un atelier de restitution auquel prendront part toutes les parties prenantes.

Les recommandations issues de ces évaluations serviront à corriger les insuffisances de la mise en œuvre du PSN et orienter les planifications futures.

#### ***4.6.5. Révision/Mise à jour du Plan National de Suivi/Evaluation***

Le présent Plan de Suivi/Evaluation est un outil dynamique. Il sera révisé chaque fois que cela est nécessaire en fonction des résultats des différentes évaluations ou de nouvelles priorités définies par le Programme. Toute révision se fera en collaboration avec les acteurs de terrain et l'appui des partenaires techniques et financiers qui interviennent dans la lutte contre le paludisme en Guinée.

#### ***4.6. Facteurs de succès et obstacles à la mise en œuvre du Plan S&E***

La mise en œuvre efficace de ce plan de SE est un facteur essentiel de succès des interventions de lutte contre le paludisme dans le pays. C'est pourquoi il est important d'identifier à priori les obstacles à lever et les facteurs favorables sur lesquels agir pour optimiser les chances de réussite du Programme.

Les facteurs de succès sont les suivants :

- La mobilisation effective des ressources prévues y compris les ressources nationales (BND) ;
- L'implication effective des partenaires techniques et financiers à travers la mise à disposition de l'assistance technique et le renforcement des compétences locales ;
- L'implication effective des services et structures nationales impliquées dans le SE : BSD/SNIS, institutions de recherches et de formations, DRS, DPS, hôpitaux, autres programmes collaborateurs, ... etc.
- Le renforcement des performances du système national d'information sanitaire à tous les niveaux pour une disponibilité de moyens techniques et de ressources humaines compétentes et motivées, contribuent à l'amélioration de la complétude, la promptitude et de la qualité des données;
- Le fonctionnement effectif de l'unité de Suivi/Evaluation (disponibilité des ressources matérielles et techniques adéquates).
- La réalisation des enquêtes nationales représentatives

Les obstacles auxquels il faudra faire face sont essentiellement en rapport avec:

- La faiblesse des capacités opérationnelles des acteurs au niveau décentralisé, notamment la faible appropriation des outils, normes et procédures de gestion des données ;
- Le non-respect du calendrier des supervisions et des activités de monitoring ;
- L'insuffisance de ressources financières notamment celles du BND.

ANNEXES

Le budget par intervention et par an est présenté dans le tableau ci-après :

<b>RECAPUTILATIF DU BUDGET SUIVI/EVALUATION PARAN</b>						
Interventions	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Renforcement des compétences du personnel en Suivi/ Evaluation à tous les niveaux ;	27930	0	224063	0	224063	476055
Harmonisation des outils et des méthodes de suivi/évaluation ;	56881	36127	36127	36127	36127	201389
Renforcement du système d'assurance qualité des données du paludisme à tous les niveaux	512255	404365	409331	404365	409331	2139647
Enquêtes, recherches opérationnelles	959162	1 259 162	959 162	459162	2 259 162	5 895 810
<b>TOTAL</b>	<b>1 556 228</b>	<b>1 699 654</b>	<b>1 628 683</b>	<b>899 654</b>	<b>2 928 683</b>	<b>8 712 902</b>

Tableau N°... : **MATRICE POUR LE SUIVI DES INDICATEURS DE PERFORMANCE DU PNLP, PSN 2018-2022**

<b>N°</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Données de base</b>	<b>Cibles par années</b>	<b>Source/ Méthodes de</b>
-----------	--------------------	------------------------	--------------------------	----------------------------

										collecte
		Valeur	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
<b>Morbidité et Mortalité</b>										
1	Mortalité chez les enfants de 0-5ans, toutes causes confondues	88 ‰	2016	MICS-PALU		80‰			65‰	EDS,MICS, MIS
2	Proportion de positivité (GE/TDR) au niveau des formations sanitaires et communauté	ND (à compléter par SE)			60%	50%	40%	30%	25%	SNIS/Enquêtes spéciales dans les structures de santé
3	Prévalence de parasitémie (enfants âgés de 6 à 59 mois avec une infection palustre confirmée par microscopie et /ou TDR)	15%	2016	MICS-PALU		10%	8%	5%	4%	EDS, MICS, MIS
4	Proportion d'enfants de 6 à 59 mois avec une anémie sévère (ThBinf à 7g/dl)	16%	2016	MICS-PALU		15%			10%	EDS, MICS, MIS
5	La létalité due au paludisme	ND (à compléter par SE)			2%	1,50%	1%	1%	0,90%	SNIS

N°	Indicateurs	Données de base			Cibles par années					Source/ Méthodes de collecte
		Valeur	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
<i>Prise en charge des cas : Diagnostic et traitement</i>										
1	Proportion des cas confirmés de paludisme ayant reçu un traitement antipaludique au niveau communautaire selon les directives nationales de lutte contre le paludisme	ND (à compléter par SE)			80	85	90	90	90	SNIS Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
2	Proportion des cas confirmés de paludisme ayant reçu un traitement antipaludique selon les directives nationales de lutte contre le paludisme au niveau des formations sanitaires	ND			90%	90	90	95	95	SNIS Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
3	Proportion d'enfants de moins de <5ans ayant reçu un traitement antipaludique conforme aux normes nationales dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre	1%	2012	EDS /MICS-IV	30%	35%	40%	45%	50%	SNIS Enquête dans les formations sanitaires
4	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR et/ou GE) au niveau des formations sanitaires	ND	-	-	20%	25%	30%	35%	40%	Monitoring :SNIS Enquête dans les formations sanitaires

<b>Prévention chez la femme enceinte.</b>										
1	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu un TPI avec au moins 3 doses de SP lors des CPN dans les formations sanitaires	ND			50%	75%	85%	90%	90%	SNIS
2	Proportion de femmes ayant reçu au moins deux doses de SP pour TPI durant leur dernière grossesse	18%	2012	EDS /MICS-IV		25%			60%	Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
3	Proportion de femmes ayant reçu au moins trois doses de SP pour TPI durant leur dernière grossesse	ND				20%			35%	Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
4	Proportion des femmes enceinte connaissant l'intérêt du TPI	ND			75%	80%	85%	85%	85%	Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
<b>Prévention chez l'enfant : TPI</b>										
1	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées bénéficiant de TPIE	ND	-	Etude de base	-	50%	75%	90%	100%	SNIS, MIS, Monitoring
<b>Prévention chez l'enfant : chimioprévention saisonnière (CPS)</b>										
1	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées bénéficiant de la CPS	ND		Etude de base	-	40%	60%	80%	100%	SNIS, MIS, Monitoring
<b>Lutte antivectorielle : MILDA</b>										
1	Proportion de ménages possédant au moins une MILDA	47,4%	2012	EDS/MICS-IV	90%	90%	90%	100%	100%	Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
2	Proportion de personnes à risque de paludisme, tous âges confondus, ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	ND			80%	90%	90%	90%	90%	Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
3	Proportion des femmes enceintes ayant dormis sous la MILDA la nuit précédant l'enquête	27%	2012	EDS/MICS-IV	80%	80%	80%	80%	80%	Enquête de couverture

4	Proportion des enfants de moins de 5ans ayant dormis sous la MILDA la nuit précédent l'enquête	29%	2012	EDS/MICS-IV	80%	80%	80%	80%	80%	EDS, MIS, MICS
5	Proportion de femmes enceintes à risque de paludisme ayant bénéficié d'une MILDA au cours de la distribution durant la CPN	ND	-	-	40%	60%	70%	80%	100%	ENQUETE DE COUVERTURE

<b><i>Lutte antivectorielle : PID ;</i></b>										
1	Proportion de ménages situés dans les zones ciblées pour la PID ayant bénéficié de la pulvérisation intra domiciliaire au cours des 12 derniers mois	ND	-		-	50%	65%	75%	80%	Monitoring Enquête de couverture EDS, MIS, MICS
<b><i>Lutte antivectorielle : Lutte antilarvaire</i></b>										
1	Proportion des gîtes larvaires des zones ciblées couvertes par le LAL	ND			-	50%	65%	75%	80%	Rapport d'évaluation de la campagne
<b><i>Gestion des achats et des Stocks (GAS)</i></b>										
1	Proportion de formations sanitaires sans rupture de stock d'antipaludique et autres matériels essentiels (CTA, TDRs, SP, MILDA) pendant plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois.	ND			70%	80%	90%	100%	100%	Monitoring Enquête dans les formations sanitaires
2	Pourcentage des Établissements de soins ayant la capacité de faire des diagnostics par microscopies et/ou des tests de diagnostic rapide	ND			40%	80%	90%	100%	100%	Enquête dans les formations sanitaires
3	Pourcentage des ACS capacité de réaliser des tests de diagnostic	45%	2012	Rapport PMI	50%	80%	85%	95%	100%	Rapport de supervision, Enquête dans les formations sanitaires
<b><i>Communication pour le changement de comportement-mobilisation sociale</i></b>										
1	Proportion des personnes (qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures préventives et le traitement du paludisme)	ND			50%	65%	75%	80%	90%	EDS Enquête CAP
2	Proportion des populations qui connaissent les avantages de l'utilisation des MILDA	ND			50%	65%	75%	80%	90%	Rapport enquête CAP
3	Nombre de séances de sensibilisation organisées par les agents communautaires sur la prévention et la PEC du paludisme.	ND			2	2	2	2	2	Monitoring



<i>Gestion de Programme</i>										
1	Proportion de districts sanitaires qui produisent des données de routine de qualité sur le paludisme dans tous les établissements publics, privés, associatifs, confessionnels et au niveau communautaire.	ND			80%	95%	100%	100%	100%	Rapport enquête CAP/ménages,
2	Indice de précision des données (différence entre la valeur constatée et la valeur publiée rapportée à la valeur constatée lors de vérification)	ND			80%	95%	100%	100%	100%	Rapport de supervision
3	Pourcentage du budget mobilisé par le PNLP auprès de l'Etat et des partenaires.	ND			60%	80%	85%	85%	85%	Plans PNLP Rapports financiers
4	Taux de décaissement et d'exécution du budget alloué	ND			60%	80%	85%	85%	85%	Rapports financiers
5	Taux de complétude et de promptitudes des rapports d'activités des structures contractant avec le PNLP (ONGs, Districts, autres)	ND			85%	85%	85%	90%	90%	Rapports d'activités du PNLP
6	Nombre de sites sentinelles fonctionnels pour le suivi de la résistance des antipaludiques, des vecteurs aux insecticides et de la pharmacovigilance des antipaludiques	0	2012	Rapport PNLP	5	10	10	10	10	Rapport spécifique Rapport de supervision
7	Nombre d'études réalisées sur l'efficacité des antipaludiques selon le protocole de l'OMS	0	2012		-	1	1	1	2	Rapport spécifique
8	Nombre de personnels formés sur le système de suivi/évaluation des activités du paludisme	ND				1132		1132		Rapport de formation
9	Pourcentage de prestataires de santé impliqués dans la PEC du paludisme ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre	30%	2011	PNLP	30%	50%	65%	75%	85%	Rapport d'enquête et de supervision
10	Pourcentage d'Agents Communautaire de Santé ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre	ND			50%	65%	75%	85%	100%	Rapport d'enquête et de supervision

## ANNEXE 2 : LISTE DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE SE DES INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME, GUINEE

### 1. Indicateurs d'impact

N°	INDICATEURS	DÉFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
1.	Incidence annuelle du paludisme dans les formations sanitaires et communautaire (suspect et confirmé)	<b>Numérateur :</b> Nombre de cas de paludisme notifiés dans les formations sanitaires x 1000 <b>Dénominateur:</b> Population totale à risque de paludisme dans la zone couverte	Annuaire statistique SNIS/Rapport annuel PNL	Annuelle	National, Régions, Préfectures,
2.	Incidence annuelle du paludisme confirmé (dans les formations sanitaires et communauté)	<b>Numérateur :</b> Nombre de cas de paludisme confirmés notifiés x 1000 <b>Dénominateur:</b> Population totale à risque de paludisme dans la zone couverte	Annuaire statistique SNIS/Rapport annuel PNL	Annuelle	National, Régions, Préfectures,
3.	Incidence annuelle des cas de paludisme grave dans les formations sanitaires	<b>Numérateur :</b> Nombre de cas de paludisme confirmés graves notifiés dans les formations sanitaires x 1000 <b>Dénominateur :</b> Population totale à risque de paludisme dans la zone couverte	Annuaire statistique SNIS/Rapport annuel PNL	Annuelle	National, Régions, Préfectures,
4.	Prévalence de la parasitémie : pourcentage d'enfant de moins de 5 ans avec une infection palustre (par microscopie et/ou TDR)	<b>Numérateur :</b> Nombre d'enfant de moins de 5 ans avec une infection palustre (par microscopie et/ou TDR) x 100 <b>Dénominateur:</b> Nombre total d'enfants de moins de 5 ans testés	MIS, EDS, MICS	Annuelle, Tous les 2 à 5ans	National, Régions

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPERATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
5.	Prévalence de l'anémie sévère chez les enfants de 6-59 mois	<b>Numérateur :</b> Enfants de 6 à 59 mois avec un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl) x 100 <b>Dénominateur:</b> Enfants de 6 à 59 mois dont le taux d'hémoglobine a été mesuré lors de l'enquête	MIS, EDS, MICS	Annuelle, Tous les 2 à 5ans	National Régional
6.	Proportion de positivité (GE/TDR) au niveau des formations sanitaires et communauté	<b>Numérateur :</b> Nombre de lames et/ ou tests de diagnostic rapide positifs x 100 <b>Dénominateur:</b> Nombre de GE et TDR réalisés	SNIS/PNLP/Enquêtes spéciales dans les structures de santé	Mensuelle Annuelle	National, Par Zone sanitaire
7.	La mortalité chez les 0-5 ans, toutes causes confondues	<b>Numérateur :</b> Nombre de décès chez les enfants de 0-5 ans toutes causes confondues x 1000 <b>Dénominateur:</b> Population totale des 0-5 ans à risque de paludisme	EDS / MICS/MIS	Annuelle, Tous les 2 à 5ans	National
8	Décès dus au paludisme pour 1000 personnes et par an	<b>Numérateur :</b> nombre de cas de décès dus au paludisme confirmés notifiés x 1000 <b>Dénominateur:</b> Population totale à risque de paludisme	EDS ou MICS	Tous les 2 à 5 ans	National
9.	Mortalité proportionnelle dus au paludisme dans les formations sanitaires	<b>Numérateur:</b> Nombre de décès dus au paludisme confirmés enregistrés dans les formations sanitaires x 100 <b>Dénominateur :</b> Nombre total de décès toutes causes confondues enregistrés dans les formations sanitaires	SNIS / PNLP	Mensuelle Annuelle	Zones sanitaires Préfectures Régions National
10	Létalité due au paludisme confirmé	<b>Numérateur :</b> Nombre de décès dus au paludisme confirmé enregistrés dans les formations sanitaires <b>Dénominateur :</b> Nombre total de cas de paludisme (simple et grave) confirmé enregistrés dans les formations sanitaires	SNIS /PNLP	Annuelle	Zones sanitaires Préfectures Régions National

## 2. Indicateurs de résultats

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
<b>Lutte antivectorielle</b>					
11.	Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action distribuées lors des campagnes (gestion de programme)	Nombre total de MILDA distribuées à la population à travers les campagnes de masses	SNIS/PNLP/ Rapport des campagnes de distributions des MILDA	3 ans	Zone sanitaire Préfectoral Régional National
12.	Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action distribuées en routine (gestion de programme)	Nombre total de MILDA distribuées aux enfants âgés de moins d'un an par le PEV et aux femmes enceintes durant les CPN.	SNIS/PNLP (Données de routine de distribution des intrants)	Mensuelle Annuelle	Zone sanitaire Préfectoral Régional National
	Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action distribuées en routine (à définir) dans les écoles (gestion de programme)	Nombre total de MILDA distribuées aux écoliers	SNIS/PNLP (Données de routine de distribution des intrants)	???	Zone sanitaire Préfectoral Régional National

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPERATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
13	Proportion de femmes enceintes à risque de paludisme ayant bénéficié d'une MILDA au cours de la distribution durant la CPN	<b>Numérateur</b> : Nombre de femmes enceintes ayant reçu une MILDA au cours de la distribution de routine x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre de femmes enceintes ciblées par la distribution de routine durant la CPN	SNIS/PNLP (Données de routine de distribution des intrants)	Trimestriel Semestriel Annuelle	Zone sanitaire Préfectoral Régional National
14	Proportion d'enfants de moins d'un an ayant bénéficié d'une MILDA au cours de la distribution durant le PEV	<b>Numérateur</b> : Nombre d'enfants de moins d'un an ayant reçu une MILDA au cours du PEV x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre d'enfants de moins d'un an ciblé par la distribution de routine durant le PEV	SNIS/PNLP (Données de routine de distribution des intrants)	Trimestriel Semestriel Annuelle	Zone sanitaire Préfectoral Régional National
	Proportion d'écopliers ayant bénéficié d'une MILDA au cours de la distribution dans les écoles				
15.	Proportion de ménages disposant d'au moins une MILDA	<b>Numérateur</b> Nombre de ménages disposant d'au moins une MILDA x100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de ménages enquêtés	Enquête LQAS, MIS EDS	Annuelle	Zone sanitaire Régional National
16	Proportion de ménages disposant d'au moins deux MILDA	<b>Numérateur</b> Nombre de ménages disposant d'au moins deux MILDA x100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de ménages enquêtés	Enquête LQAS, MIS EDS	Annuelle	Zone sanitaire Régional National
17	Proportion de personnes à risque de paludisme, tous âges confondus, ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	<b>Numérateur</b> : nombre de personnes, tous âges confondus, ayant dormi sous MILDA dans les ménages la nuit précédant l'enquête x 100 <b>Dénominateur</b> : nombre total de personnes ayant dormi dans les ménages la nuit précédant l'enquête	MIS, MICS, EDS, Enquête de couverture	Annuelle Tous les 2 à 5 ans	National
18	Proportion d'enfants de moins de 5 ans à risque de paludisme ayant dormi sous MILDA la	<b>Numérateur</b> : Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA dans les ménages la nuit	MIS, MICS, EDS, Enquête de couverture	Annuelle Tous les 2 à 5 ans	National

	nuit précédant l'enquête	précédant l'enquête x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi dans les ménages la nuit précédant l'enquête			
N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
19.	Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	<b>Numérateur</b> : Nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA dans les ménages la nuit précédant l'enquête x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de femmes enceintes ayant dormi dans les ménages la nuit précédant l'enquête	MIS, MICS, EDS, Enquête de couverture	Annuelle Tous les 2 à 5 ans	National Régional Préfectoral
<b>Pulvérisation Intra domiciliaire PID</b>					
20.	Proportion de ménages situés dans les zones ciblées pour la PID ayant bénéficié de la pulvérisation intra domiciliaire au cours des 12 derniers mois	<b>Numérateur</b> : Nombre de ménages situés dans les zones ciblées pour la PID ayant bénéficié de la pulvérisation intra domiciliaire au cours des 12 derniers mois x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de ménages enquêtés dans les zones ciblées par la PID	LAV/PNLP	Semestrielle	National Régional Préfectoral
21.	Pourcentage de la population à risque de paludisme protégée par la PID dans les zones ciblées	<b>Numérateur</b> : Nombre de personnes protégées par la PID x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre de personnes à risque de paludisme ciblées par la PID	LAV/PNLP	Annuelle	National Régional Préfectoral
<b>Lutte anti larvaire (LAL)</b>					
22	Proportion des gîtes larvaires des zones ciblées couvertes par la LAL	<b>Numérateur</b> : Nombre de gîtes ayant bénéficié de LAL selon les directives nationales x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre de	LAV/PNLP	Semestrielle	National Régional Préfectoral

		gites dans les zones ciblées			
--	--	------------------------------	--	--	--

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
<b>TPI Chez les femmes enceintes</b>					
23.	Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu un TPI avec au moins 3 doses de SP lors des CPN dans les formations sanitaires	<b>Numérateur:</b> Nombre de femmes enceintes ayant reçu 3 doses de SP selon les directives nationales x 100 <b>Dénominateur :</b> Nombre de femmes enceintes ayant fait au moins une visite prénatale au cours d'une année	SNIS/PNLP, Monitoring	Mensuelle Semestrielle	National, Régional, Zone sanitaire
24.	Proportion de femmes ayant reçu au moins deux doses de SP pour TPI durant leur dernière grossesse	<b>Numérateur:</b> Nombre de femmes enquêtées qui ont reçu au moins deux doses de SP durant leur dernière grossesse qui a abouti à une naissance vivante au cours des deux dernières années x 100 <b>Dénominateur :</b> Nombre total de femmes mères qui ont eu une naissance durant les deux dernières années	MIS, MICS, EDS	Annuelle Tous les 2 à 5 ans	Zone sanitaire Régional National
25.	Proportion de femmes ayant reçu au moins trois doses de SP pour TPI durant leur dernière grossesse	<b>Numérateur:</b> Nombre de femmes enquêtées qui ont reçu au moins trois doses de SP durant leur dernière grossesse qui a abouti à une naissance vivante au cours des deux dernières années x 100 <b>Dénominateur :</b> Nombre total de femmes mères qui ont eu une naissance durant les deux dernières années	MIS, MICS, EDS	Annuelle Tous les 2 à 5 ans	Zone sanitaire Régional National



N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
<b>TPI Chez L'enfant</b>					
26.	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées bénéficiant de TPIe	<b>Numérateur:</b> Nombre d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées ayant reçu 4 doses de SP (TPI) selon les directives nationales x 100 <b>Dénominateur :</b> Nombre total d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées	SNIS, MIS, Monitoring	Annuelle	National, Préfectoral Régional, Zone sanitaire
<b>Chimioprévention chez l'enfant</b>					
27.	Proportion d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées bénéficiant de la Chimio Prévention Saisonnière (CPS)	<b>Numérateur:</b> Nombre d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées bénéficiant de la CPS selon les directives nationales x 100 <b>Dénominateur :</b> Nombre total d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées	SNIS, MIS, Monitoring	Annuelle	National, Préfectoral Régional, Zone sanitaire

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
<b>Prise en Charge : Diagnostic biologique</b>					
28.	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR et/ou GE) au niveau des formations sanitaires	<b>Numérateur</b> : Nombre total de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR, et/ ou GE) au niveau des formations sanitaires x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de cas suspects de paludisme au niveau des formations sanitaires	SNIS/PNLP	Mensuelle	Zone sanitaire Régional National
29	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un TDR au niveau communautaire	<b>Numérateur</b> : Nombre total de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un TDR x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de cas suspects de paludisme enregistré par les ASC	SNIS/PNLP	Mensuelle	Zone sanitaire Régional National
30.	Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu une fièvre au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête et qui ont bénéficié d'un examen parasitologique de paludisme (TDR ou GE)	<b>Numérateur</b> : Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant eu une fièvre au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête et qui ont bénéficié d'un examen parasitologique de paludisme (TDR ou GE) x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu une fièvre au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête	MIS, MICS, LQAS, EDS	Annuelle Tous les 2 à 5 ans	National

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
<b>Prise en charge des cas : Traitement du paludisme simple ou grave</b>					
31.	Pourcentage des cas de paludisme vus en consultations externes dans les formations sanitaires ayant bénéficié d'un traitement antipaludique approprié conformément aux directives nationales	<b>Numérateur:</b> Nombre de cas de paludisme vus en consultations externes ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les formations sanitaires x 100 <b>Dénominateur :</b> Nombre de cas suspects de paludisme vus en consultations externes dans les formations sanitaires	SNIS/PNLP, Enquêtes spéciales	Mensuelle Trimestrielle Annuelle	National, Régional, Zone Sanitaire
32.	Pourcentage de cas de paludisme hospitalisés (Paludisme grave) ayant bénéficié d'un traitement approprié conformément aux directives nationales	<b>Numérateur :</b> Nombre de cas de paludisme ayant reçu un traitement approprié dans les hôpitaux x 100 <b>Dénominateur :</b> Nombre de cas de paludisme hospitalisés	SNIS/PNLP, Hôpitaux, Enquêtes spéciales	Mensuelle Annuelle	National, Régional, Zone Sanitaire
33.	Proportion d'enfants de moins de 5ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre	<b>Numérateur:</b> Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre x 100 <b>Dénominateur :</b> Nombre d'enfants de moins de cinq ans dans les ménages enquêtés ayant eu la fièvre au cours des deux semaines passées	MICS, MIS, EDS, Enquête spéciale	Annuelle Tous les 2 à 5 ans	National
34.	Proportion de cas confirmés de paludisme simple ayant reçu un traitement antipaludique au niveau des Agents communautaires selon les directives nationales	<b>Numérateur:</b> Nombre de cas confirmés de paludisme simple vu par les ASC ayant reçu un traitement antipaludique selon les directives nationales x 100 <b>Dénominateur :</b> Nombre de cas confirmés de paludisme simple vus par les ASC	Enquête	Annuelle	Zone sanitaire Préfectoral Régional National

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
<b>Communication pour un changement de comportement et mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme</b>					
35.	Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures préventives et le traitement du paludisme	<b>Numérateur</b> : Nombre de personnes (ou groupes cibles) interrogées qui connaissent la cause, les symptômes, les traitements ou les moyens de prévention du paludisme x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de personnes interrogées	MICS, MIS, Autres enquêtes ménages	Tous les 1 à 2 ans	Zone sanitaire Régional National
36	Proportion des femmes enceintes connaissant l'intérêt du TPI	<b>Numérateur</b> : Nombre de femmes enceintes qui connaissent l'intérêt de TPI x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de femmes enceintes interrogées	Rapport d'enquête nationale de couverture/PNLP	Annuelle	Zone sanitaire Régional National
37	Proportion des populations qui connaissent les avantages de l'utilisation des MILDA	<b>Numérateur</b> : Nombre de personnes qui connaissent les avantages de l'utilisation des MILDA x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total personnes enquêtées	Enquête CAP	Annuelle	Zone sanitaire Régional National

### 3. Indicateurs de gestion du programme

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
38.	Proportion des formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks de plus d'un jour des principaux intrants (CTA, TDR, SP, MILDA) par mois	<b>Numérateur</b> : Nombre des formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks de plus d'un jour des principaux intrants (CTA, TDR, MILDA) par mois x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre de formations sanitaires	SNIS/PNLP, Enquêtes dans les formations sanitaires (EUV/DQA)	Mensuelle Semestrielle Annuelle	Zone sanitaire Régional National
39	Proportion de formations sanitaires sans rupture de stock d'antipaludique et autres matériels essentiels (TDRs, MILDA, CTA, SP) pendant plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois.	<b>Numérateur</b> : Nombre de formations sanitaires sans rupture de stock d'antipaludique et autres matériels essentiels (TDRs, MILDA, CTA, SP) pendant plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre de formations sanitaires enquêtées	SNIS/PNLP, Enquêtes dans les formations sanitaires	Mensuelle Semestrielle Annuelle	Zone sanitaire Régional National
40	Complétude des rapports d'activités des formations sanitaires publiques	<b>Numérateur</b> : Nombre de rapports des formations sanitaires publiques reçus x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre de rapports attendus des formations sanitaires publiques	SNIS/PNLP	Mensuelle	Zone sanitaire Régional National
41.	Complétude des rapports d'activités des formations sanitaires privées intégrées	<b>Numérateur</b> : Nombre rapports de formations sanitaires privées intégrées reçus x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre de rapports attendus de formations sanitaires privées	SNIS/PNLP	Mensuelle	Zone sanitaire Régional National
42	Taux de complétude des rapports d'activités des structures contractant avec le PNLP (ONGs, Districts, autres)	<b>Numérateur</b> : Nombre de rapports disponibles complets reçus x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de rapports attendus	SNIS/PNLP	Mensuelle, trimestrielle, Annuelle	Zone sanitaire Régional National
43	Taux de promptitude des rapports d'activités des structures contractant avec le PNLP (ONGs, Districts, autres)	<b>Numérateur</b> : Nombre de rapports reçus à temps x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de rapports attendus	SNIS/PNLP	Mensuelle, trimestrielle, Annuelle	Zone sanitaire Régional National
44	Proportion de districts sanitaires qui produisent des données de routine de qualité sur le paludisme dans	<b>Numérateur</b> : Nombre de districts sanitaires qui produisent des données de routine de qualité (complète, à temps et cohérente) sur	SNIS/PNLP	Mensuelle, trimestrielle	Zone sanitaire Régional National

	tous les établissements publics, privés, associatifs, confessionnels et au niveau communautaire.	le paludisme dans tous les établissements publics, privés, associatifs, confessionnels et au niveau communautaire x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total d'établissements publics, privés, associatifs, confessionnels et au niveau communautaire qui produisent des données de routine			
45	Indice de précision des données	<b>Numérateur</b> : Différence entre la valeur constatée et la valeur publiée <b>Dénominateur</b> : valeur constatée lors de la vérification	Rapport de supervision	Bimestrielle Trimestrielle Semestrielle	Zone sanitaire Préfectoral Régional National
46.	Pourcentage des Établissements de soins ayant la capacité de faire des diagnostics par microscopies et/ou des tests de diagnostic rapide	<b>Numérateur</b> : Nombre d'établissements de soins ayant la capacité de faire des diagnostics par microscopies et/ou des tests de diagnostic rapide x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total d'Établissements de soins enquêtés	SNIS, registres des établissements ou enquêtes auprès des établissements	Annuelle	Zone sanitaire Régional National
47	Pourcentage des ASC ayant la capacité de réaliser des tests de diagnostic rapide du paludisme	<b>Numérateur</b> : Nombre ASC ayant la capacité de réaliser des tests de diagnostic rapide du paludisme x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total d'ASC formé sur l'utilisation des TDR selon les directives nationales	Rapport de supervision, enquête	Semestrielle	Zone sanitaire Régional National
48.	Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA) réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole de l'OMS	Nombre de tests d'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA) réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole de l'OMS	Rapport Structures de recherches/PNLP	Annuelle	Zone sanitaire Régional National

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
49.	Nombre de tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides réalisés dans les sites sentinelles selon le protocole de l’OMS	Nombre total des tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides réalisés dans les sites sentinelles	Rapport Structures de recherches/PNLP	Annuelle	Zone sanitaire Régional National
50.	Nombre de prestataires de soins formés sur les directives nationales de lutte contre le paludisme	Nombre de prestataires de soins formés sur les directives nationales de lutte contre le paludisme	Rapport PNLP	Annuelle	Zone sanitaire Régional National
51.	Quantité d’intrants disponibles au niveau national (Etat, Partenaires) pour la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludiques	Quantité totale de chaque intrant disponible au niveau national	Rapport PNLP/PCG	Mensuelle Trimestrielle, Annuelle	PNLP Partenaires
52.	Nombre de spots radio/TV diffusés au cours de la période ciblée	Nombre total de spots radio et spots TV sur le paludisme diffusés au cours de la période	Rapport PNLP	Trimestrielle	Presse/PNLP
53.	Nombre d’émissions radio et TV animées	Nombre total d’émissions radio et TV sur le paludisme animées au cours de la période	Rapport PNLP	Trimestrielle	Presse /PNLP
54.	Nombre de supports IEC produits par type sur la prévention et le traitement du paludisme	Nombre total de types de supports IEC produits sur la prévention et le traitement du paludisme au cours de la période	Rapport presse & PNLP	Annuelle	Presse /PNLP
55	Nombre de séances de sensibilisation organisées par les agents de santé communautaires sur la prévention (MILDA, TPI), la PEC du paludisme et l’assainissement du milieu	Nombre de séances de sensibilisation organisées par les agents de santé communautaires sur la prévention (MILDA, TPI), la PEC du paludisme et l’assainissement du milieu	Rapport d’activités de sensibilisation	Mensuelle Trimestrielle	PNLP/ONG
56	Nombre de ménages visités par les ASC pour appui conseil sur l’utilisation des MILDA	Nombre total de ménages ayant reçu la visite des ASC au cours des visites à domicile d’appui conseil	Rapport ASC& CSM	Mensuelle	DS/DRSP
57.	Nombre d’ONG / Associations impliquées dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme au niveau communautaire	Nombre d’ONG contractantes	Contrats	Trimestrielle Annuelle	PNLP
58.	Nombre de Partenaires impliqués dans le partenariat Faire reculer le paludisme dans le pays	Nombre de partenaires impliqués dans le partenariat Faire reculer le paludisme dans le pays	PV de réunions PNLP	Trimestrielle Annuelle	PNLP

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPERATIONNELLE	SOURCE	FRÉQUENCE	NIVEAU DE MESURE
59.	Taux d'exécution des activités du plan d'action annuel du PNLP	<b>Numérateur</b> : Total des activités réalisées x 100 <b>Dénominateur</b> : Total des activités planifiées	Rapport PNLP	Trimestrielle Annuelle	PNLP
60.	Taux d'absorption du budget alloué au paludisme par l'Etat et les partenaires	<b>Numérateur</b> : Total des dépenses effectuées pour la lutte contre le paludisme x 100 <b>Dénominateur</b> : Total des financements alloués par l'Etat et les partenaires pour la lutte contre le paludisme	Rapport PNLP	Trimestrielle Annuelle	PNLP
61	Pourcentage du budget mobilisé par le PNLP auprès de l'Etat et des partenaires.	<b>Numérateur</b> : budget mobilisé par le PNLP auprès de l'Etat et des partenaires x 100 <b>Dénominateur</b> : budget total du PNLP	Rapport PNLP	Annuelle	PNLP
62	Taux de décaissement et d'exécution du budget alloué	<b>Numérateur</b> : budget décaissé x 100 <b>Dénominateur</b> : budget alloué	Rapport financier PNLP et Partenaires de mise en œuvre	Trimestrielle Annuelle	PNLP
63	Nombre de sites sentinelles fonctionnels pour le suivi de la résistance des antipaludiques, des vecteurs aux insecticides et de la pharmacovigilance des antipaludiques	Nombre de sites sentinelles fonctionnels pour le suivi de la résistance des antipaludiques, des vecteurs aux insecticides et de la pharmacovigilance des antipaludiques	Rapport d'activités des sites Rapport de supervision	Trimestrielle Annuelle	PNLP
64	Nombre de personnels formés sur le système de suivi/évaluation des activités du paludisme	Nombre de personnels formés sur le système de suivi/évaluation des activités du paludisme	Rapport de formation	Annuelle	PNLP et Partenaires
65	Pourcentage de prestataires de santé impliqués dans la PEC du paludisme ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre	<b>Numérateur</b> : Nombre de prestataires de santé impliqués dans la PEC du paludisme ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de prestataires impliqués dans la PEC du Paludisme	Rapport de supervision/ enquête	Mensuelle Bimestrielle Trimestrielle Semestrielle	PNLP, DRS, DPS, Structures
66	Pourcentage d'Agents de Santé Communautaires ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre par les CS/ONG/Partenaires	<b>Numérateur</b> : Nombre d'Agents de Santé Communautaires ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre par les CS/ONG/Partenaires x 100 <b>Dénominateur</b> : Nombre total d'ASC supervisés	Rapport de supervision/enquête	Mensuelle Bimestrielle Trimestrielle Semestrielle	PNLP, DRS, DPS, Structures





