



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



**MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

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

*Programme National de Lutte Contre le Paludisme*

***Plan National de Suivi - Evaluation  
2013 - 2017***

*Février 2014*

# 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> .....	6
<b>1. CONTEXTE</b> .....	8
<b>1.2. Organisation du système national de santé</b> .....	8
<b>1.3. Situation de la lutte contre le paludisme</b> .....	9
<b>1.3.1. Aspects institutionnels</b> .....	9
<b>1.3.2. Situation épidémiologique du paludisme</b> .....	10
<b>1.3.3. Stratégies nationales de lutte contre le paludisme</b> .....	10
<b>2. ANALYSE DU SYSTEME DE SUIVI/EVALUATION</b> .....	12
<b>2.1. Système de Suivi/Evaluation du secteur de la santé</b> .....	12
<b>2.2. Système de suivi/évaluation du programme paludisme :</b> .....	16
<b>3. CADRE DE SUIVI/EVALUATION DU PROGRAMME PALUDISME</b> .....	22
<b>4. PLAN NATIONAL DE SUIVI/EVALUATION 2013-2017</b> .....	27
<b>Dissémination des données et utilisation de l'information</b> .....	33
<b>4.6. Modalités de mise en œuvre du Plan national S&amp;E</b> .....	36
<b>4.6.2. Partenariat en faveur du Suivi/Evaluation</b> .....	36
<b>4.6.3. Rôles et responsabilité des parties impliquées dans le S&amp;E</b> .....	36
<b>ANNEXES</b> .....	39

## **PREFACE**

Le présent plan de suivi évaluation du PNLP 2013-2017 a 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 quinquennal 2013-2017 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 l'élaboration d'un plan de suivi/évaluation aligné au Plan Stratégique National (2013-2017) 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 notablement les performances du Système de SE à travers le renforcement des compétences en SE et de la 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 SE.

Le Ministère de Santé et de l'Hygiène Publique 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 (STOPPALU, MCHIP, SIAPS, PSI, MSF Suisse, CRS, ). 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 toutes 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 2013-2017.

**Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique**

## 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 Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Coordonnateur National félicite et remercie toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à 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

**ACS** : Agent Communautaire de Santé

**AQ** : Artésunate Amodiaquine

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

**CMC** : Centre Médical Communal

**CPN** : Consultation Périnatale

**CPS** : Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier

**CRS**: Catholic Reliefs Services

**CS** : Centre de Santé

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

**DCS** : Direction Communale de la Santé

**DPS** : Direction Préfectorale de la Santé

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

**EDS**: Enquête Démographique et Sanitaire

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

**HKI** : Helen Keller International

**ISF** : Indice Synthétique de Fécondité

**LAV** : Lutte Anti - vectorielle

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

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

**MSF**: Médecin Sans Frontière

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé

**PID** : Pulvérisation Intra Domiciliaire

**PMI**: Initiative Présidentiel 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

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

**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

## INTRODUCTION

Le paludisme est de par sa morbidité et sa mortalité le premier problème de santé publique en Guinée avec 1 189 016 cas enregistrée avec une incidence de 109 pour mille selon l'annuaire statistique 2011. L'EDS IV -MICS a trouvé une prévalence de 44 % chez les enfants de moins de 5 ans en 2012 variant de 3% à Conakry à 66% à Faranah.

En 2008, Le PNLP a mis en place un plan national du SE (2008-2012) 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 (AC, animateurs), la mise en place d'une base de données fonctionnelle au niveau du PNLP et la réalisation d'enquêtes nationales sur les indicateurs (Enquête de Couverture des Interventions de Lutte contre le Paludisme, EDSIV- MICS2012).

La Revue de Performance réalisée en 2012 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 :

- Une insuffisance et une faible qualité du personnel chargé de la gestion des données tant au niveau central que périphérique, le sous équipement en matériel informatique et de communication, l'insuffisance de ressources financières pour la récolte, l'analyse et la diffusion des informations;
- Les données recueillies et diffusées ne représentent qu'une partie de l'information disponible. En effet, les données de morbidité et de mortalité ne sont pas encore recueillies au niveau communautaire tandis que celles collectées par les structures privées (cabinets de soins, cliniques privées et hôpitaux d'entreprises, etc.) ne sont pas disponibles au SNIS et ne sont donc pas prises en compte dans les statistiques.
- Les outils de collecte ne prennent pas en compte l'ensemble des données indispensables à la mesure des indicateurs notamment par rapport aux interventions chez la femme enceinte et aux nouvelles stratégies : PID, CPS, TPIe .
- Les données disponibles ne permettent pas de renseigner les indicateurs indispensables pour mesurer la qualité des interventions et l'atteinte des résultats.
- Les enquêtes et études permettant de documenter les résultats ne sont effectuées que de façon irrégulière sur demande ou sur financement de certains partenaires pour répondre à des besoins spécifiques ;

Pour résoudre tous ces problèmes et permettre la mesure des 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 ainsi 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 les autorités nationales ont lancé le processus d'élaboration d'un Plan national de suivi/évaluation du PNLP 2013-2017. Ce plan vise à mettre en place un cadre unique de Suivi/Evaluation du Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme 2013-2017. Il a pour objectif de renforcer le système de gestion des données du paludisme et à 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.

Du point de vue **administratif**, la **Guinée** est subdivisée en 33 préfectures à l'intérieur du pays et 5 communes dans la capitale Conakry. Ces préfectures et communes sont regroupées en 8 régions administratives.

Au plan de la **démographie**, la population totale de la Guinée est estimée à 11 414 149 habitants en 2013 avec une densité moyenne de 46 habitants au km<sup>2</sup>. Le taux annuel d'accroissement de la population est de 3,1%.

Les résultats de l'EDS/MICS- IV 2012 ont montré que l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé en moyenne à 5,1 enfants par femme, le Taux brut de Natalité de 34 ‰ individus, le taux de mortalité maternelle de 724 décès de femmes enceintes pour 100 000 naissances vivantes. Selon la même enquête, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans est de 122 ‰. En d'autres termes, en Guinée, environ un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

L'économie est dominée par le secteur rural et le secteur minier qui contribuent respectivement pour 18 % et 19 % au PIB. Le secteur rural assure l'emploi et les moyens de subsistance à la majorité de la population. Le sous-sol renferme d'immenses potentialités minières (bauxite, or, diamant et fer). Selon le DSRP 2007, près de la moitié de la population (49,2 %) vit en dessous du seuil de pauvreté (196 USD par personne et par an). Parmi ces individus pauvres, 19,1% vivent en pauvreté extrême (116 USD par personne et par an) DSRP2, 2007. La pauvreté continue d'être un phénomène rural, près de 60 % de la population de ce milieu est pauvre contre 23,5% en milieu urbain. L'examen des indicateurs de pauvreté selon la région naturelle montre que la Haute Guinée et la Moyenne Guinée sont les régions les plus pauvres du pays avec des ratios de pauvreté respectifs de 67,5 % et 55,4 %. (DSRP2, 2007).

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

La politique sanitaire de la Guinée est basée sur les Soins de Santé Primaires lancés en 1987. Depuis 2001, le pays s'est doté d'un Plan National de Développement Sanitaire couvrant la période 2003-2012. La politique sanitaire du gouvernement a pour **vision** une société dans laquelle toute personne vivant en Guinée est en bonne santé.

Cette vision 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.

## ***Description de la pyramide sanitaire***

Le système de santé a une structure pyramidale à 3 niveaux :

- **Le niveau central** comprenant le cabinet du Ministre de la Santé (Secrétaire Général, conseillers, chef de cabinet, services d'appui) les Directions Nationales (Prévention et santé communautaire, Etablissements Hospitaliers et de Soins, Santé Familiale et Nutrition, Pharmacie et Laboratoires et Hygiène Publique) et les services rattachés.
- **Le niveau intermédiaire** qui comprend huit (8) **Directions Régionales de la Santé** couvrant 3 à 6 districts sanitaires.
- **Le niveau périphérique** composé de 38 Directions Préfectorales/Communales de la Santé (DPS/DCS) dans les préfectures et les communes de la ville de Conakry (équivalent du district sanitaire de l'OMS).

**L'offre de soins** est assurée par les sous-secteurs public et privé.

- **Les structures publiques** de soins sont composées de 604 Poste de santé (PS), 412 Centres de Santé (CS), 6 Centres médicaux communaux (CMC), 26 Hôpitaux préfectoraux, 7 Hôpitaux régionaux, 3 Hôpitaux nationaux (Donka, Ignace Deen, Kipé)

**Au niveau communautaire les ACS sont**

- **Le secteur privé** comprenant des établissements hospitaliers d'entreprises, des cabinets de soins infirmiers, de sages femmes, de consultations médicales, des cliniques et des structures pharmaceutiques (officines, points de vente, agences de promotion et grossistes répartiteurs).

**Le secteur privé associatif et confessionnel** représente une partie très importante de l'offre de soins particulièrement dans les villes.

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 disponibles les services de santé, l'on ignore tout des tarifs appliqués et, surtout, de la qualité de ces services.

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

#### ***1.3.1. Aspects institutionnels***

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a pour mission la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de lutte contre le paludisme. Il est dirigé par un Coordonateur National assisté d'un Coordonateur National Adjoint et comprend cinq (5) unités (Suivi/Evaluation et Recherche, Lutte antivectorielle, Prise en charge, IEC/ Interventions à Base Communautaire, Pharmacie et Approvisionnement) et un Service Administratif et Financier

**Les organes consultatifs** du programme sont constitués par un Comité National de Coordination (comité RBM) et des Groupes Thématiques (Groupe Technique Suivi/Evaluation, Comité technique de quantification, Groupe Technique Lutte antivectorielle).

Le PNLP 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, 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 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.

L'équipe actuelle du PNLN se compose de 4 médecins dont 3 spécialistes en santé publique, 1 pharmacien, 3 biologistes, 6 techniciens de santé publique, 2 techniciens de laboratoire, 1 informaticien, 3 comptables, 1 gestionnaire de données, 1 Secrétaire.

### ***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). *Plasmodium falciparum* est la principale espèce plasmodiale retrouvée (92% EDS/MICS-IV 2012).

On décrit 4 zones de niveaux d'endémicité différents:

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 *Anophèles mêlas*.
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. mêlas*.
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. gambiae* ss.
4. Une zone holo endémique 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 2011 du MSHP le paludisme représente, tous âges confondus la première cause de morbidité dans les formations sanitaires soit 1 189 016 cas enregistrée avec une incidence de 109 pour mille. Chez les enfants de moins de 5 ans, le taux d'incidence est de 223 pour mille avec 404 960 cas soit 34 % des cas enregistrés.

Les résultats de l'EDS/MICS-IV 2012 montrent que la prévalence du paludisme (confirmé par la goutte épaisse) est de 44 %. Elle présente de fortes variations selon le milieu de résidence (53% en milieu rural contre 18% en milieu urbain). Au niveau des régions, c'est surtout Faranah (66%) et N'Nzérékoré (59%) qui présentent les plus fortes prévalences alors qu'elle est la plus faible dans la ville de Conakry (3%).

### ***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 révisée et adoptée en 2013. 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 Anti Larvaire, Gestion de l'environnement), la chimioprévention chez les femmes enceintes (TPIg), la chimioprévention chez le nourrisson (TPIIn) et la chimioprévention saisonnière (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 simple est autorisé. En cas d'intolérance, d'effets secondaire 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.

Le traitement de pré référence des cas graves se fait par l'Artésunate injectable au niveau des formations sanitaires et par voie rectale au niveau des ACS.

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

Le Plan Stratégique national 2013-2017 définit le but et les objectifs de la lutte contre le paludisme ainsi que les stratégies à mettre en œuvre pour les atteindre.

##### **But :**

Réduire la morbidité de 75% par rapport à 2000 et amener la mortalité liée au paludisme à un niveau proche de zéro d'ici la fin 2017.

##### **Objectifs :**

- Assurer la protection d'au moins 80 % de la population avec des mesures de préventions efficaces contre le paludisme
- Assurer la confirmation biologique d'au moins 90 % des cas suspects de paludisme
- Assurer un traitement correct et précoce d'au moins 90% des cas de paludisme
- Renforcer le système de suivi/évaluation à tous les niveaux conformément au plan de SE
- Renforcer les capacités de gestion, de partenariat et de coordination du Programme à tous les niveaux
- Renforcer le niveau de connaissance de la population sur les mesures de prévention et de prise en charge du paludisme

##### **Interventions :**

Pour atteindre les objectifs fixés, les interventions ci-après ont été retenues dans le Plan Stratégique National 2013-2017 du Programme :

- Lutte anti - vectorielle
- Prévention du paludisme chez la femme enceinte
- Prévention du paludisme chez l'enfant : TPI chez le nourrisson et CPS :
- Prise en charge des cas de paludisme;
- Gestion des situations d'urgences et épidémies de paludisme
- Plaidoyer, information, éducation, communication et mobilisation sociale ;
- Surveillance épidémiologique, suivi- évaluation et recherche opérationnelle ;
- Renforcement des capacités de gestion, de coordination et de partenariat du Programme

## 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 de coordination des partenaires** est responsable au niveau central de tous les aspects en rapport avec la planification, la production des résultats et l'adoption des rapports annuels. Il se réunit annuellement avec possibilité d'une réunion ad-hoc quand c'est nécessaire.
- **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 des activités des projets et programmes.

**Au niveau régional** la coordination et le suivi des programmes de santé sont assurées par

- Le Comité de coordination des partenaires qui se réunit 2 fois par an ;
- 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 opérations est assuré par les instances suivantes :

- Le Comité de coordination des partenaires se tient une fois par an;
- Le Comité technique préfectoral de la santé se tient une fois par semestre ;
- Le Comité consultatif de l'hôpital préfectoral qui se tient 2 fois par mois ;
- L'Assemblée générale du personnel de l'hôpital qui 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 et postes de santé et membres du comité de santé et agents communautaires de santé, se tient mensuellement ;
- La Réunion des comités de gestion des centres de santé se tient mensuellement 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, CDG, équipe CS, présidents communautés rurales de développement (CRD) de la sous préfecture. 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, 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 la santé.

- **Le sous-système d'information pour la surveillance épidémiologique** : 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 ;
- **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 du Laboratoire, 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 1 : Types d'informations collectées par es sous-systèmes du système 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, les comptes nationaux
Sous-système d'information sur l'état civil	Inexistant

### *Structuration du Système National d'Information de Routine*

Il existe 4 niveaux dans la structuration du système d'information sanitaire en Guinée :

- **Niveau opérationnel**

Il est représenté par le poste de santé, le centre de santé, le centre médical communal, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional et l'hôpital national. C'est à ces niveaux qu'on retrouve les outils opérationnels d'enregistrement des cas et des prestations. Les prestataires de soins sont chargés de la production de l'information locale à travers la notification des cas et la collecte, la compilation des données, l'élaboration des rapports périodiques, l'investigation des maladies d'intérêt spécial, le traitement et l'analyse des données de couverture et de performance en matière de soins.

- **Niveau périphérique**

Ce niveau est représenté par la Direction préfectorale de la santé au sein de laquelle existe une unité d'information sanitaire avec pour mission de centraliser les données statistiques. Il notifie les événements importants aux intéressés pour une action éventuelle. Le responsable des statistiques au

niveau de la DPS est chargé de compiler les rapports mensuels des centres de santé, élaborer un rapport mensuel à transmettre à la DRS et au BSD, faire une analyse des performances, réaliser le contrôle de qualité et assurer le feedback.

- **Niveau intermédiaire**

Représenté par la région sanitaire, il est le lieu de transit des rapports des DPS. Chaque district fait parvenir une copie de son rapport à la DRS et une copie au BSD. Le responsable des statistiques au niveau régional est chargé de coordonner les activités relatives à l'information sanitaire des DPS, transmettre les rapports mensuels des DPS au BSD, analyser les performances et assurer le feedback.

- **Niveau central**

La structure centrale de la coordination est la section statistique et information sanitaire (SIS) qui relève du BSD. Cette structure est chargée de (i)-coordonner, centraliser, analyser, actualiser, conserver et diffuser l'information sanitaire, (ii)-concevoir des procédures et des mécanismes uniformes de notification des données, d'enregistrement et d'utilisation, (iii)-concourir à l'accomplissement des obligations tant nationales qu'internationales en matière d'information sanitaire et (iv)-élaborer les outils et canevas de suivi d'indicateurs par niveau du système et pour l'échange des informations au plan international.

**Tableau 2 : Responsabilités et types de rapports par niveau du SNIS**

Niveau	Personnes responsables	Canevas de rapport
Poste de santé	ATS	Canevas SNIS Centre de santé
Centre de santé	Aide de santé /Médecin	Canevas SNIS Centre de santé
CMC	Chargé des statistiques/ Point focal	Canevas SNIS Hôpital
Hôpital	Chargé des statistiques/ Point focal	Canevas SNIS Hôpital
DPS/DCS	Chargé des statistiques/ Point focal/ Médecin chargé de la lutte contre la maladie	Canevas SNIS /DPS
DRS	Chargé des statistiques/ Point focal/ Médecin chargé de la lutte contre la maladie	Base de données
National	Chef section SSIS/ Responsable suivi évaluation/ coordonnateur de programme	Base de données

**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 communautaire de santé. 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 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 Communautaire de Santé
- les registres, livres de caisse, fiches de suivi, fiches de livraison, fiches de stock.

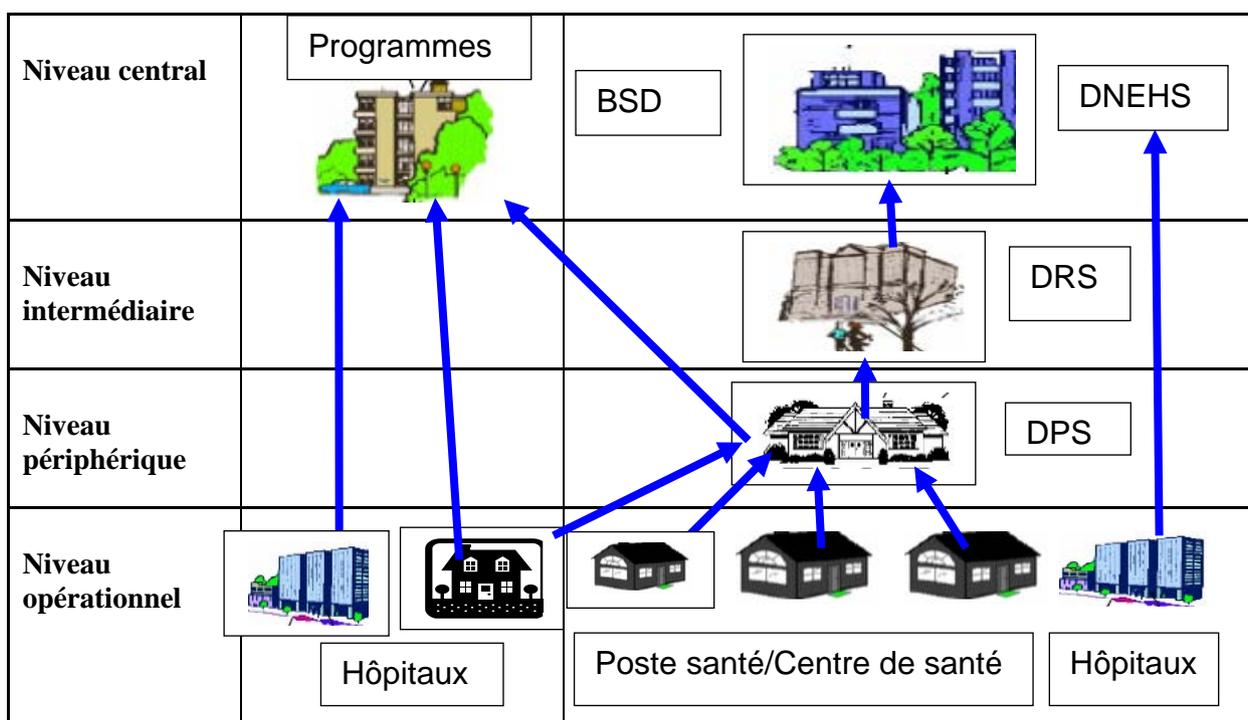
**Les supports secondaires sont :**

- Le rapport mensuel de l'ACS
- 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 2 : 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 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 ;
- **Niveau BSD** : compilation des données provenant des DPS et HP/HN ;

La DRS ne produit pas de rapport à transmettre au BSD mais elle procède à la compilation et à l'analyse des données pour les besoins de maîtrise de la situation sanitaire de la région.

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

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 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 2008-2012. En plus, pour le Suivi/Evaluation des projets financés par les partenaires tels que le Fonds Mondial de lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme et la Banque Islamique de Développement (BID), le PNLP a signé avec ses partenaires des cadres de performance spécifiques qui définissent les indicateurs à mesurer et les cibles périodiques à atteindre dans la vie de ces projets.

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, TPI) 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 (MIS, EDS, MICS, 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 :

- Collecter et compiler les informations sur le paludisme au niveau pays ;
- 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 faire ressortir des résultats en rapports avec les indicateurs;
- 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 secrétariat du sous-comité S&E dans le cadre des mécanismes de coordination (cellule ou comité de pilotage).

**Le personnel actuel de l'Unité Suivi/Evaluation du PNLP** comprend 1 Chef d'unité S&E, 1 Gestionnaire de données/chargé de l'information, 1 Médecin et 1 Biologiste.

L'un des problèmes majeur ressorti par la revue du Programme en 2012 est l'inexistence d'une description documentée de taches des membres de l'unité rendant difficile l'évaluation de la performance du staff.

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. Cependant, compte tenu de leur charge de travail élevée et de leur faible motivation, ils ne jouent pas pleinement leur rôle de collecte, de compilation, de traitement, d'analyse et de diffusion des données du paludisme.

### ***Locaux et équipements***

L'unité S&E possède deux bureaux contenant des équipements informatiques (1 lap tops en mauvais état et 2 ordinateurs de bureau). Au niveau décentralisé, un Kit informatique a été affecté à chaque équipe régionale et de district. Une connexion internet est disponible au niveau de l'unité. Cependant l'insuffisance de ressources financières pour les frais de connexion et les coupures fréquentes d'électricité limitent son utilisation.

### **Réalisation de l'unité :**

Malgré les insuffisances, l'unité Suivi/Evaluation, a obtenu des résultats appréciables :

1. Les capacités des équipes de districts et de régions 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 2008-2012 a été élaboré, validé et partiellement mis en oeuvre ;
4. Le cadre de performance des projets financés par les partenaires notamment le Fonds Mondial est élaboré, validé, renseigné et évalué trimestriellement et annuellement ;
5. Une base de données est mise en place et fonctionnelle au niveau du PNLP ;
6. Les indicateurs de couverture sont mesurés à travers la réalisation d'enquêtes nationales représentatives : EDS, ECILP, MICS, Enquêtes sur l'efficacité des antipaludiques et des insecticides.
7. La participation à la rédaction des propositions de financement soumises aux partenaires notamment le Fonds Mondial (R2, R5, R6, R9 et R10), PMI, la BID, l'UNICEF, l'OMS, la BM et les ONGs (MSF/Suisse,

En ce qui concerne la coordination des activités avec les partenaires de terrain pour la lutte contre le paludisme, le groupe thématique Suivi/Evaluation n'est pas fonctionnel au niveau du programme.

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

**Le présent plan est basé sur la base de la Revue de Performance du Programme (RPP)** réalisée en 2012 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 .

**Tableau N°... : Forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) du système de SE du PNLP (revue 2012)**

<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 2003-2012 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 2008- 2012 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> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un cadre de travail inadéquat au niveau national : coupures de courant, pas d'antivirus, instabilité de la connexion internet</li> <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>▪ L'unité SE du programme dispose d'un personnel en nombre suffisant</li> <li>▪ Le poste de chargé des statistiques est pourvu aux niveaux des DPS et DRS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'insuffisance de ressources humaines qualifiées au niveau du SNIS</li> <li>▪ Insuffisance de formation du personnel en épidémiologie et Suivi/Evaluation au niveau national et décentralisé</li> <li>▪ L'insuffisance de formation des prestataires et des chargés des statistiques sur la gestion des données statistique au niveau des régions, districts et formations sanitaires.</li> <li>▪ L'irrégularité de la supervision 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>
<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 du SNIS et du PNLP</li> <li>▪ Existence d'une flotte téléphonique (portables) couvrant le PNLP, le SNIS et les districts sanitaires (appui OMS)</li> <li>▪ Existence de clés internet dans certains districts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l'absence de source d'énergie permanente pour alimenter les ordinateurs</li> <li>▪ les moyens de communication (téléphones, Internet) n'existent pas ou ne sont pas fonctionnels aux niveaux national, régional et préfectoral</li> <li>▪ La flotte financées par l'oms demande a être pérennisée</li> <li>▪ les services de maintenance des équipements des technologies de l'information et des communications (TIC) ne sont pas disponibles aux niveaux national, régional et préfectoral</li> <li>▪ le budget national ne prévoit pas des lignes budgétaires spécifiques pour le SE</li> <li>▪ l'appui des partenaires très limité</li> <li>▪ la non harmonisation des logiciels de saisie et de traitement 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>▪ l'élaboration des guides et directives de monitoring des activités en collaboration avec le PEV</li> <li>▪ l'existence du guide de remplissage des rapports mensuels des centres de santé et hôpitaux</li> <li>▪ des directives en matière de collecte, traitement et de diffusion de données sont bien connu du personnel</li> <li>▪ Il existe un système standard de collecte et de rapportage des données du niveau communautaire au niveau central : rapports mensuels, monitoring semestriel</li> <li>▪ la responsabilité en matière de collecte, de traitement et de diffusion de données est clairement définie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence d'un plan stratégique du SNIS utilisé pour toutes les principales sources de données ou d'un schéma directeur du système d'information</li> <li>▪ L'absence d'un cadre de concertation pour la coordination du SE</li> <li>▪ l'inexistence d'un système permanent de contrôle des performances du SIS et de ses divers sous-systèmes</li> <li>▪ l'absence de directives pour analyser l'information du SIS et agir sur la base de cette information au niveau régional, préfectoral, et national</li> <li>▪ les manuels de formation des acteurs ne sont pas révisés et ne sont pas à jour</li> <li>▪ le guide de contrôle de qualité des rapports n'est pas disponible</li> <li>▪ la non codification des structures de santé dans le but de faciliter la fusion des nombreuses bases de données provenant de différentes sources</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 Programme ne sont pas prises en compte par le système</li> <li>▪ Les indicateurs de mesure des activités CCC ne sont pas prises en compte par le système de SE</li> <li>▪ Les indicateurs d'impacts (morbidité, mortalités) sont très peu mesurés.</li> </ul>

<b>6. La collecte de données</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ les supports primaires sont bien élaborés</li> <li>▪ les supports sont disponibles en version papier et format informatique</li> <li>▪ la distinction est faite entre les rapports hospitaliers et les rapports des DPS. Ce qui permet d'éviter les doubles comptages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ le dépouillement est manuel dans les hôpitaux</li> <li>▪ le mauvais remplissage des supports primaires et secondaires</li> <li>▪ l'absence d'un système documenté réduisant la double notification</li> <li>▪ la multiplicité des outils de collecte des données.</li> <li>▪ la faible implication du secteur privé dans la collecte des données</li> <li>▪ Les outils de collecte des données du niveau communautaire ne sont pas standardisés et ne répondent pas à tous les besoins en information du Programme</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> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absence d'un système performant de transmission des données d'où la faible complétude et la faible promptitude des rapports des formations sanitaires</li> <li>▪ La non utilisation des NTIC dans la transmission des données</li> </ul>

<b>8. Analyse des données</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ le calcul des indicateurs à tous les niveaux</li> <li>▪ l'analyse des données de monitoring au cours des cadres de concertation à tous les niveaux</li> <li>▪ la saisie et l'analyse des données au niveau de la Base de Données du Programme</li> <li>▪ l'analyse des données au niveau du Programme pour la production de rapports.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Certains tableaux d'analyse ne sont pas paramétrés au niveau de la Base de Données du Programme</li> <li>▪ Pas de tableau de bord au niveau des DPS et DRS</li> <li>▪ l'absence d'un document d'analyse de tendance</li> <li>▪ Pas de bulletin de rétro-information</li> <li>▪ La cartographie est très peu utilisée</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 Programme et le Ministère utilise 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 (FM, OMS...)</li> <li>▪ l'annuaire statistique et autres rapports prennent en compte les données de morbidité, de mortalité 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 informations sont peu utilisées pour le plaidoyer</li> <li>▪ les cartes ne sont pas utilisées pour présenter les informations aux niveaux préfectoral, régional et national</li> <li>▪ les graphiques ne sont pas largement utilisés pour présenter les informations aux niveaux préfectoral, régional et national</li> <li>▪ Les archives existent mais ne sont pas bien tenues : absence d'un système harmonisé d'archivage</li> </ul>

### **Opportunités**

- Engagement des autorités au plus haut niveau pour la lutte contre le paludisme,
- Appui technique et financier des partenaires au développement avec des exigences spécifiques pour le SE (5 à 10 % du budget) : FM, PMI, RBM....
- Existence d'un Projet de Renforcement du Système de Santé avec important volet concernant le SNIS
- Volonté de collaboration avec les Institutions de formation et de recherche (Université, Centre de Recherche de Mafeirenyah, ....)
- Possibilité de financement par le secteur privé (société minières )

### **Menaces**

- Faible mobilisation du financement interieur notamment du Gouvernement et du secteur privé. Moins de 5% du budget d'Etat investis pour les depenses de santé
- Incertitude de l'aide extérieure : Suspension du financement FM en 2010 pour cause de non respect des conditionalités
- Faible capacité technique du Programme

### 3. CADRE DE SUIVI/EVALUATION DU PROGRAMME PALUDISME

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

**Suivi:** c'est la collecte continue et systématique d'informations pour la gestion d'un programme et la prise de décision. Son but est de fournir les informations afin d'identifier et résoudre les problèmes de mise en œuvre et apprécier les progrès et difficultés par rapport au plan initial. En d'autre terme le suivi est la collecte régulière des données sur la morbidité, la mortalité et la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

*Réponds à la question : QUE FAISONS-NOUS?*

**Evaluation :** c'est la collecte périodique d'information sur la pertinence, l'efficacité, l'impact et la pérennisation d'un programme par rapport aux objectifs fixés. Son but est de revoir les réalisations en relation avec les résultats attendus.

*Réponds à la question : QU'AVONS NOUS FAIT?*

De façon concrète il s'agit de mesurer périodiquement les progrès afin d'apprécier les performances dans la mise œuvre du programme.

**Système de suivi/évaluation :** c'est l'ensemble des processus de planification, de collecte et de synthèse de l'information, de réflexion et de présentation de rapports, indiquant les moyens et les compétences nécessaires pour que les résultats du suivi/évaluation apportent une contribution utile à la prise de décisions et à la capitalisation dans le cadre d'un programme.

**Monitoring :** c'est le suivi de routine permanent sur les éléments clefs de la performance du programme à travers la collecte de données enregistrées, des rapports réguliers, un système de surveillance et des évaluations périodiques. Plus précisément, le monitoring implique de générer des données sur les intrants, les activités et les produits d'un programme en cours. Il permet aussi d'évaluer le degré de mise en œuvre des activités planifiées et leur cohérence avec la conception du programme. Le monitoring aide les programmes à déterminer quelle zone nécessite un effort important et quelles zones contribuent à l'amélioration des performances. Dans un bon système de suivi/évaluation, le monitoring contribue beaucoup dans l'évaluation. Les indicateurs sélectionnés pour le monitoring sont variables et dépendent du niveau du système de santé faisant le rapport et du type d'intervention mise en œuvre.

- **Intrants :** ce sont les ressources nécessaire à la mise en œuvre d'un projet ou d'un programme : personnels, finances, matériels, fournitures, etc.

*Réponds à la question : DE QUOI AVONS-NOUS BESOIN POUR METTRE EN OEUVRE LES ACTIVITES?*

- **Processus:** ce sont les **Activités** que le projet/programme mène pour atteindre ses objectifs, telles que la distribution de supports IEC/CCC, la distribution de MILDA, les formations, la supervision, etc.

*Réponds à la question : QU'EST-CE QUE LE PROGRAMME FAIT?*

- **Produits:** Ce sont les **produits directs ou produits livrables** du projet/programme tels que les séances d'interventions réalisées, les personnes atteintes ou les supports éducatifs distribués, nombre de supervisions, nombre de rapports, nombre de matériels/fournitures achetées et/ou distribuées, nombre de personnels formés etc.

*Réponds à la question : QUELS SONT LES PRODUITS DU PROGRAMME?*

- **Résultats :** ce sont les résultats à court terme, y compris le changement de comportement et habituellement ils concernent le niveau de couverture de la population par les interventions : possession des MILDA par les femmes enceintes ou les enfants de moins de 5 ans, etc.

*Réponds à la question : EST-CE QU'IL Y A UN CHANGEMENT EN TERMES DE COUVERTURES DE LA POPULATION CIBLE ?*

- **Effets :** Ce sont les résultats du programme qui se produisent aussi bien immédiatement qu'à court terme après l'achèvement des activités tels que les changements au niveau des connaissances, des attitudes, des compétences, des comportements, de l'accès aux services, etc.

*Réponds à la question : EST-CE QU'IL Y A UN CHANGEMENT DANS LES COMPORTEMENTS CLES DANS LA POPULATION CIBLE?*

- **Impacts:** ce sont les effets à long terme du programme: réduction de la morbidité et de la mortalité, changements dans le statut socioéconomique.

*Réponds à la question : EST-CE QU'IL Y A UN CHANGEMENT DANS LA DYNAMIQUE DE L'EPIDEMIE DANS LA POPULATION GENERALE?*

- **Indicateurs :** C'est une variable qui mesure un aspect d'un programme/projet ; il peut s'agir d'une entrée, d'une sortie ou d'un objectif global. Un indicateur est une unité de mesure qui permet de savoir si des progrès ont été accomplis dans la réalisation des résultats escomptés (objectifs).
- L'indicateur permet de mesurer le changement dans le temps et dans l'espace
- Il doit avoir les caractéristiques suivantes :
  - Mesurable : les données existent pour mesurer le phénomène
  - Pertinent : approprié pour mesurer le phénomène, en rapport avec le facteur étudié ;
  - Précis : mesure exactement le phénomène étudié ;
  - Fiable : est reproductible : peut être fidèlement répétée et avec précision et constance dans le temps et par différentes personnes ;
  - Sensible : permet de suivre les variations du phénomène étudié ;
  - Spécifique : n'est pas influencé par d'autres phénomènes.

### ***Fonctions et organisation d'une unité de S&E du PNL***

#### ***Fonctions d'une unité de S&E***

- Collecter et compiler les informations sur le paludisme au niveau du pays ;
- Analyser et interpréter les données du programme pour faire ressortir des résultats en rapports avec les indicateurs;
- Mettre en place et maintenir une base de données sur le paludisme ;
- Développer et mettre à jour régulièrement le profil pays national 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 à tous les niveaux (régions, districts, Centre de Santé et Communauté) ;
- Mettre en place et maintenir un lien fonctionnel avec l'ensemble des 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'Office national des Statistiques ;
- Assurer le fonctionnement du secrétariat du groupe technique S&E dans le cadre des mécanismes de coordination.

### Organisation d'une unité de S&E

Une unité de SE fonctionnelle doit avoir :

- un personnel suffisant, qualifié et motivé;
- un local approprié
- et une logistique adéquate

### Personnel d'une unité de S&E

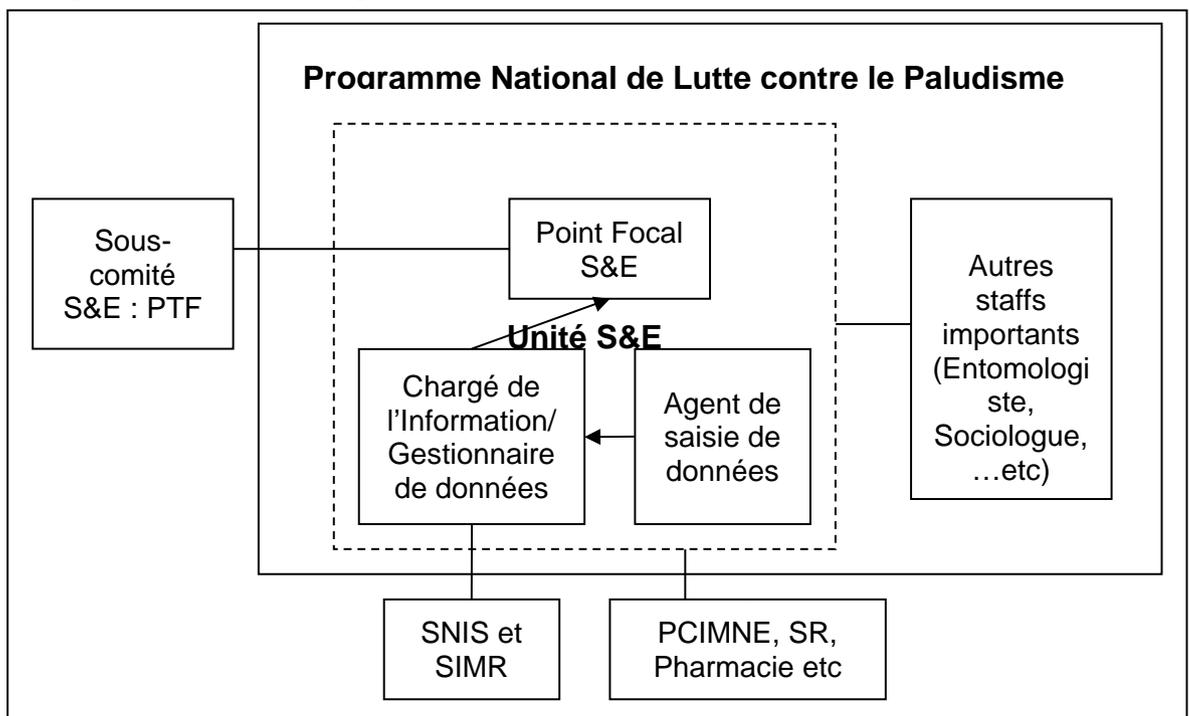
Le personnel de l'Unité de suivi/évaluation du PNLP doit comprendre au minimum :

- **Un épidémiologiste/spécialiste en SE (Point focal S&E)**, coordonne les activités de S&E du PNLP. Il doit avoir des compétences sur la préparation et la mise en œuvre des études, l'analyse des données générées aussi bien par le Programme que par les autres partenaires, l'évaluation de la qualité des données, l'encadrement et la formation du personnel en charge de la gestion des données.
- **Un gestionnaire de données/chargé de l'information (statisticien/démographe) qui doit avoir les compétences pour gérer de nombreuses données relationnelles.**
- **Un agent en charge de la saisie de données (Technicien santé publique, Secrétaire/informatique) à plein temps qui assiste l'équipe dans la saisie au quotidien des données provenant des établissements de santé, des communautés et autres partenaires.**

Comme indiqué dans la figure ci-dessous, l'apport d'autres personnels au sein du PNLP et des autres partenaires, avec des compétences complémentaires et spécialisées sera nécessaire pour compléter les capacités techniques de l'Unité.

L'unité doit avoir des liens fonctionnels avec le SNIS, la Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR) et les autres Programmes intervenant dans la lutte contre le paludisme (PCIMNE, Santé de la Reproduction, Lutte antivectorielle, ...) pour obtenir régulièrement et de façon complète les données de paludisme. Elle doit participer aux revues organisées par ses structures pour s'assurer que les indicateurs sont pris en compte (TPI chez la femme enceinte, cas de paludisme, décès, etc.).

Figure 3 : Représentation schématique fonctionnelle d'une unité de S&E



Source: adapté de "RBM MERG".

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

Les objectifs de la lutte contre le paludisme au niveau mondial sont énoncés dans le Plan stratégique mondial 2005-2015 du Partenariat RBM.

- Atteindre une couverture universelle, pour toutes les populations à risque, avec des interventions de prévention et de gestion des cas localement adaptées à l'horizon 2010 et maintenir cette couverture universelle jusqu'à ce que les recherches locales menées sur le terrain laissent suggérer qu'elle puisse être progressivement limitée aux zones et aux saisons à risque élevé, sans risque de réapparition généralisée;
- Réduire le nombre de cas de paludisme à l'échelle mondiale de 50 % en 2010 et de 75 % en 2015 par rapport à 2000;
- Réduire le nombre de décès dus au paludisme à l'échelle mondiale de 50 % en 2010 par rapport à 2000, et atteindre une mortalité proche de zéro pour les décès évitables en 2015;
- Éliminer le paludisme dans 8 à 10 pays d'ici 2015, puis dans l'ensemble des pays actuellement en phase de pré-élimination;
- Éradiquer à long terme, le paludisme à l'échelle planétaire en réduisant l'incidence mondiale à zéro grâce à une élimination nationale progressive

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

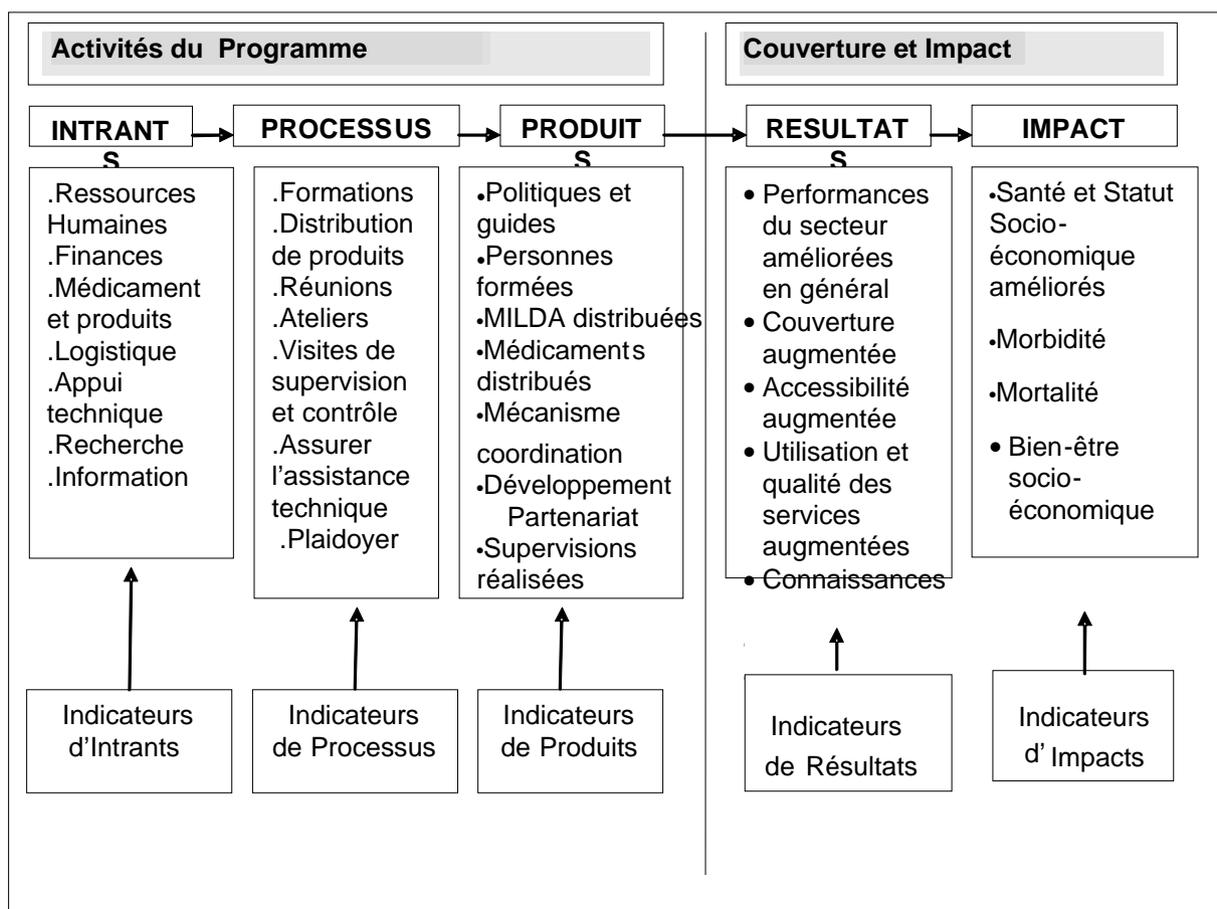
Pour élaborer un plan de suivi/évaluation fonctionnel, adapté au besoin des acteurs et partenaires de la lutte contre le paludisme, il importe de se poser les questions adéquates pour prendre en compte les événements associés à la mise en œuvre du Programme. Les réponses à ces questions détermineront les indicateurs à mesurer pour connaître le niveau de réalisation des événements.

Comme le montre la figure N° Il s'agit essentiellement des questions suivantes:

- *Qu'est-ce qui est investi?* il s'agit de déterminer les indicateurs d'intrants : personnels, équipements, fournitures, logistiques, etc.
- *Qu'est-ce qui a été réalisé?* il s'agit de déterminer les indicateurs de processus pour les activités : nombre de réunions organisées, nombre de personnels formés, nombre de supervisions réalisées, ... etc.
- *Qu'est-ce qui a été produit?* il s'agit de déterminer les indicateurs de produits pour les prestations de services : MILDA distribués, médicaments distribués, ...etc.
- *Quels ont été les résultats à court et moyen terme?* il s'agit de déterminer les indicateurs de résultats en rapport avec le système de santé, les couvertures et les changements de comportement : pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA la veille de l'enquête, pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA la veille de l'enquête, pourcentage des femmes enceintes ayant reçu le TPI, ...etc.
- *Quels ont été les résultats à long terme?* il s'agit de déterminer les indicateurs d'impact sur la population, notamment le fardeau du paludisme et le statut socioéconomique : nombre de cas de paludisme, nombre de décès par paludisme, mortalité proportionnelle, prévalence du paludisme, ...etc.

La figure N°... permet de répondre à ces questions en tenant compte de la mise en œuvre du programme et ces effets et impacts sur la population

**Figure n° 4 : Cadre logique de suivi/évaluation du Paludisme**



Source: adapté du cadre fondamental de Suivi/Evaluation RBM

#### **4. PLAN NATIONAL DE SUIVI/EVALUATION 2013-2017**

L'un des axes stratégiques prioritaires (Axe 7) du Plan Stratégique National 2013-2017 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 PNLP**

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 2013-2017 ; 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 paludisme**

La mesure des performances se fonde sur le cadre logique du Programme. C'est ainsi que, 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 i) les indicateurs à mesurer, ii) la valeur de base de l'indicateur et sa source, iii) les cibles à atteindre par période, iv) les méthodes de récolte des données et v) les sources de données (tableau N°...).

### **Collecte et analyse des données**

Le plan de collecte et d'analyse fournit les grandes orientations sur les méthodes de collecte des données, les sources des données, la fréquence de collecte, les responsables de la collecte, l'analyse, la transmission, le lieu de stockage la dissémination des 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 :

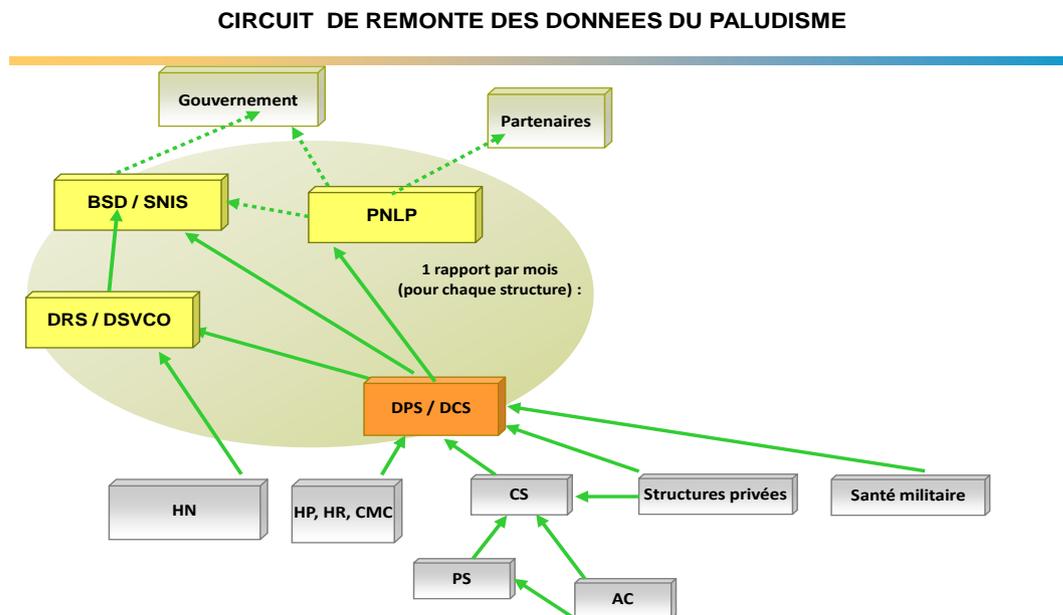
- **Les outils intégrés de collecte et de suivi mis en place dans le cadre du SNIS y compris les données recueillies par les agents communautaires** sous la supervision des centres de santé;
- **La SIMR** qui concerne les données recueillies dans le cadre de la surveillance des maladies à potentiel épidémique et des urgences et catastrophes ;
- **Les données de surveillance sentinelle** : Dix sites, soit deux par facies épidémiologique, seront sélectionnés pour fournir mensuellement des informations sur les cas de paludisme vus en consultations externes et/ou hospitalisés, les décès ainsi que certains indicateurs de couverture. En collaboration avec les institutions de recherche, ces sites seront 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 Teste de Diagnostic Rapide (TDR);
- des guides techniques pour le diagnostic du paludisme ;
- une provision en antipaludiques (CTA, Artésunate injectable, 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'intrant, de processus et de produit du PNLP et des partenaires à travers les rapports d'activité du PNLP et des partenaires de mise en œuvre;
- **Les données financières** du PNLP et des partenaires permettent d'apprécier le niveau et la qualité de financement du PSN (cout/efficacité, cout/efficience).

### Circuit de l'information



#### *c)- Supervisions:*

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 s'intéresseront aux aspects quantitatifs et qualitatifs des soins et services fournis. Un guide de supervision servira de support à la réalisation de l'activité.

#### *d)- 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), MIS (Enquête sur les Indicateurs du Paludisme) ou MICS (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples) permettront 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** sont réalisées en utilisant les données logistiques et épidémiologiques 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 prévus 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.

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 Programme et des 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 au moyen 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 Lutte antivectorielle, Unité PEC, Unité IEC/Communication, 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 les partenaires pour les données programmatiques et financières.

- **Au niveau régional :** Sous la supervision du DRS :

- Les Chefs section Prévention et Lutte contre la Maladie des DRS ;
- 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 :

- 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 chefs de centre, postes de santé et Agents Communautaires ;
- Les chefs des cliniques, cabinets médicaux et hôpitaux privés, associatifs et confessionnels.

### *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 (formations sanitaires, DPS, 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 (RAMIS) 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 (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 de la qualité des données. 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, DPS, CS, AC, 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° ?...

**Tableau N° : 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, un agent formé sera responsabilisé à chaque niveau qui sera chargé de vérifier au préalable les rapports avant leur compilation et utilisera pour ce faire du matériel adapté (calculatrice, ordinateur, logiciel adapté, source d'énergie, imprimante)
	Analyse et interprétation des données	Un personnel compétent sera chargé de dégager les tendances en fonction des indicateurs retenus afin d'orienter la prise de décision. A cet effet le matériel approprié sera utilisé (calculatrice, ordinateur, imprimante, logiciels adaptés)
	Validation des données	Corrections sur place des erreurs constatées dans les rapports. Elle sera effectuée au cours des supervisions internes ou externes et du monitoring
	Diffusion des résultats	Contrôle de la complétude et de la fiabilité de l'information diffusée à tous ceux qui ont besoin y compris le feed-back à tous les niveaux.
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 de référence 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 ;
- **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 au moyen 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.

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

**Tableau N°... : Plan de dissémination des données.**

<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 SAF	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 : ACS, 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	MSHP/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 recherche, ONGs	Ministre 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/ MSHP, 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 : (i)-améliorer la mise en œuvre des interventions en apportant les corrections nécessaires, (ii)-contribuer aux engagements pris par le pays au niveau international et dans la sous-région, (iii)-justifier les financements reçus des partenaires, (iv)- 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.

#### 4.5. PLAN NATIONAL DE SUIVI/EVALUATION BUDGETISE 2013-2017

Le budget total s'élève 7379236

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

<b>RECAPUTILATIF DU BUDGET SE PARAN</b>						
<b>Interventions</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Total</b>
Renforcement des compétences du personnel en Suivi/ Evaluation à tous les niveaux ;	15 000	1 035 612	36 977	1 013 635	15 000	2 116 224
Renforcement des capacités logistiques pour le système du Suivi/ Evaluation à tous les niveaux	20 000	458 106	229 800	74 800	74 800	857 506
Harmonisation des outils et des méthodes de suivi/évaluation ;	10 989	30 765	0	0	0	41 753
Renforcement du système d'assurance qualité des données du paludisme à tous les niveaux	191 211	303 253	303 253	303 253	303 253	1 404 223
Documentation des résultats du programme, des leçons apprises et des bonnes pratiques ;	0	1 293 955	353 955	353 955	793 955	2 795 819
Renforcement de la coordination et du partenariat sur le SE du paludisme à tous les niveaux	30 801	33 228	33 228	33 228	33 228	163 711
<b>TOTAL</b>	<b>268 000</b>	<b>3 154 918</b>	<b>957 212</b>	<b>1 778 870</b>	<b>1 220 235</b>	<b>7 379 236</b>

Le budget détaillé par activité, part intervention et par an est présenté en annexe N° : ...

#### **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 PNLP obéit au "principe des 3 uns" («three ones») :

- **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 2013-2017) 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 2013-2017 qui constitue le document de référence pour le suivi/évaluation du PSN.

Dans cet esprit, la coordination du SE sera assuré par le Groupe Technique SE du PNLP sous l'égide du Comité RBM. Ce groupe est composé des représentants de l'ensemble des intervenants dans la lutte contre le paludisme : MSHP (PNLP, BSD, SR, PCIMNE), Ministère du Plan (Institut National des Statistiques), Partenaires techniques et financiers (SNU, USAID, ONGs internationales), secteur privé (Sociétés minières). Sa structure et ses modalités de fonctionnement sont définies par une note service du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique.

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/PMT, le FMSTP, la BID, l'OMS, l'UNICEF, la BM, les ONGs Internationales (MSF Suisse, Plan International, PSI, etc.

Au niveau national, le PNLP collabore avec les autres services, programmes de santé et Institutions de recherche impliqués 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 DNPL 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 Mafereinya, 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 responsabilité des parties impliquées dans le S&E**

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 terme 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. Le but est de 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 MSHP, 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 sera 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.

#### ***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 a 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 recherche et de formation, 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:

- L'insuffisance des ressources humaines compétentes et motivées au niveau du PNLP et du SNIS et leur instabilité ;
- 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 pour la réalisation des enquêtes et recherches opérationnelles.

# *ANNEXES*

**ANNEXE 1 : MATRICE POUR LE SUIVI DES INDICATEURS DE PERFORMANCE DU PNLP, PSN 2013-2017:**

N°	Indicateurs	Données de base			Cibles par années					Source/ Méthodes de collecte
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017	
<b>Morbidité et Mortalité</b>										
1	Mortalité chez les 0-5 ans, toutes causes confondues	122 ‰	2012	EDS /MICS-IV		110‰			98‰	EDS MICS, MIS
2	Proportion de positivité (GE/TDR) au niveau des formations sanitaires et communauté	ND			60%	50%	40%	30%	25%	SNIS/Enquêtes spéciales dans les structures de santé
3	Prévalence de parasitemie (enfants âgés de 6 à 59 mois avec une infection palustre confirmée par microscopie et /ou TDR)	44%	2012	EDS /MICS-IV		40%	35%	30%	25%	EDS MICS MIS
4	Proportion d'enfants de 6 à 59 mois avec une anémie sévère (ThB inf à 7g/dl)	8%	2012	EDS /MICS-IV	8%	7%			5%	EDS, MICS, MIS
5	La létalité due au paludisme	ND			2%	1,5%	1%	1%	0,9%	SNIS

N°	Indicateurs	Données de base			Cibles par années					Source/ Méthodes de collecte
		Valeur	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017	
<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			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
<i>Prévention chez la femme enceinte.</i>										
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 précédant 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>Lutte antivectorielle : PID ;</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>Lutte antivectorielle : Lutte antilarvaire</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>Gestion des achats et des Stocks (GAS)</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>Communication pour le changement de comportement-mobilisation sociale</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 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	SNIS/ PNLP	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	SNIS/ PNLP	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	SNIS/PNLP	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: Nombre total</b> d'enfants de moins de 5 ans testés	MIS, EDS MICS	Tous les 3 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	Tous les 3 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/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	Tous les 3 à 5 ans	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 3 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 <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'insecticide 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 à 4 ans	Zone sanitaire Préfectoral Régional National
12	Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide 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

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 <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'enfant 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 <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
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 <b>Dénominateur</b> : nombre total de personnes ayant dormi dans les ménages la nuit précédant l'enquête	MIS, MICS, EDS, Enquête de couverture	Tous les 3 à 5 ans	National
18	Proportion d'enfants de moins de 5 ans à risque de paludisme ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	<b>Numérateur</b> : Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA dans les ménages la nuit précédant l'enquête <b>Dénominateur</b> : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi dans les ménages la nuit précédant l'enquête	MIS, MICS, EDS, Enquête de couverture	Tous les 3 à 5 ans	National

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 <b>Dénominateur :</b> Nombre total de femmes enceintes ayant dormi dans les ménages la nuit précédant l'enquête	MIS, MICS, EDS, Enquête de couverture	Tous les 3 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 <b>Dénominateur :</b> Nombre total de ménages enquêtés dans les zones ciblées par la PID	PNLP (Données de routine)	2 à 3 ans	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 <b>Dénominateur :</b> Nombre de personnes à risque de paludisme ciblées par la PID	PNLP (Données de routine)	2 à 3 ans	National Régional Préfectoral
<b>Traitements anti larvaire (TAL)</b>					
22	Proportion des gîtes larvaires des zones ciblées couvertes par le TAL	<b>Numérateur :</b> Nombre de gîtes ayant bénéficié de TAL selon les directives nationales <b>Dénominateur :</b> Nombre de gîtes dans les zones ciblées	PNLP (Données de routine)	2 à 3 ans	National Régional Préfectoral

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 <b>Dénominateur :</b> Nombre de femmes enceintes ayant fait au moins une visite prénatale au cours d'une année	SNIS/PNLP, Monitoring	Annuelle	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 <b>Dénominateur :</b> Nombre total de femmes mères qui ont eu une naissance durant les deux dernières années	MIS, MICS, EDS	Tous les 3 à 5 ans	Zone Régional National sanitaire
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 <b>Dénominateur :</b> Nombre total de femmes mères qui ont eu une naissance durant les deux dernières années	MIS, MICS, EDS	Tous les 3 à 5 ans	Zone Régional National sanitaire

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 <b>Dénominateur :</b> Nombre total d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées	SNIS, MIS, Monitoring	Semestriel 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 <b>Dénominateur :</b> Nombre total d'enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées	SNIS, MIS, Monitoring	Semestriel 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 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de cas suspects de paludisme au niveau des formations sanitaires	SNIS/PNLP	Annuelle	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 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de cas suspects de paludisme enregistré par les ACS	SNIS/PNLP	Annuelle	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) <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, EDS	Tous les 3 à 5 ans	National

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPERATIONNELLE	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 <b>Dénominateur :</b> Nombre de cas de suspects de paludisme vus en consultations externes dans les formations sanitaires	SNIS/PNLP, Enquêtes spéciales	Mensuel Trimestriel 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 <b>Dénominateur :</b> Nombre de cas de paludisme hospitalisés	SNIS/PNLP, Hôpitaux, Enquêtes spéciales	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 <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	Tous les 3 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 ACS ayant reçu un traitement antipaludique selon les directives nationales <b>Dénominateur :</b> Nombre de cas confirmés de paludisme simple vu par les relais communautaires	Enquête	Annuel	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 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de personnes interrogées	MICS, MIS, EDS, Autres enquêtes ménages	Tous les 1 à 3 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 <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 <b>Dénominateur</b> : Nombre total personnes enquêtées	Enquete 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 <b>Dénominateur</b> : Nombre de formations sanitaires	SNIS/PNLP, Enquêtes dans les formations sanitaires	Mensuelle 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. <b>Dénominateur</b> : Nombre de formations sanitaires	SNIS/PNLP, Enquêtes dans les formations sanitaires	Trimestrielle Annuelle	Zone sanitaire Régional National
40	Complétude des rapports d'activités des formations sanitaires publiques	<b>Numérateur</b> : Nombre de rapports des formations sanitaires reçus <b>Dénominateur</b> : Nombre de rapports attendus de formations sanitaires publiques	SNIS/PNLP	Mensuelle, trimestrielle	Zone sanitaire Régional National
41.	Complétude des rapports d'activités des formations sanitaires privées	<b>Numérateur</b> : Nombre rapports de formations sanitaires reçus <b>Dénominateur</b> : Nombre de rapports attendus de formations sanitaires privées	SNIS/PNLP	Mensuelle, trimestrielle	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 <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 <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 tous les établissements publics, privés, associatifs, confessionnels et au niveau communautaire.	<b>Numérateur</b> : Nombre de districts sanitaires qui produisent des données de routine de qualité (complète, à temps et cohérente) sur le paludisme dans tous les établissements publics, privés, associatifs, confessionnels et au niveau communautaire	SNIS/PNLP	Mensuelle, trimestrielle	Zone sanitaire Régional National

		<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 vérification	Rapport de supervision	Semestrielle, annuelle	Zone sanitaire Régional National
46.	<b>Pourcentage</b> 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 <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	<b>Pourcentage</b> des ACS ayant la capacité de réaliser des tests de diagnostic rapide du paludisme	<b>Numérateur</b> : Nombre ACS ayant la capacité de réaliser des tests de diagnostic rapide du paludisme <b>Dénominateur</b> : Nombre total d'ACS formé sur l'utilisation des TDR selon les directives nationales	Rapport de supervision, enquête	Trimestrielle, Annuelle	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 au niveau national	Rapport PNLP	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 communautaires sur la prévention (MILDA, TPI) et la PEC du paludisme.	Nombre de séances de sensibilisation organisées par les agents communautaires sur la prévention (MILDA, TPI) et la PEC du paludisme.	Rapport d'activités de sensibilisation	Trimestrielle	PNLP/ONG
56	Nombre de ménages visités par les ACS pour appui conseil sur l'utilisation des MILDA	Nombre total de ménages ayant reçu la visite des ACS au cours des visites à domicile d'appui conseil	Rapport ACS & 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	Registres du PNLP	Trimestrielle Annuelle	PNLP

N°	INDICATEURS	DEFINITION OPÉRATIONNELLE	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 <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 <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. <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 <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 <b>Dénominateur</b> : Nombre total de prestataires impliqués dans la PEC du Paludisme	Rapport de supervision/enquête	Trimestrielle, Semestrielle	PNLP, DRS, DPS
66	Pourcentage d'Agents Communautaire de Santé ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre par les CS/ONG/Partenaires	<b>Numérateur</b> : Nombre d'Agents Communautaire de Santé ayant reçu au moins une visite de supervision au cours du trimestre par les CS/ONG/Partenaires <b>Dénominateur</b> : Nombre total d'ACS supervisés	Rapport de supervision/enquête	Trimestrielle	PNLP, DPS

