

**REPUBLIQUE DE GUINEE**

*Travail – Justice – Solidarité*

---

**MINISTERE DE LA SANTE**

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

*Programme National de Lutte Contre le Paludisme*

**MANUEL DE PROCEDURES  
OPERATIONNELLES DE SUIVI/EVALUATION**

*Mars 2015*

# Table des matières

PREFACE.....	3
REMERCIEMENTS.....	4
<b>SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	5
<b>1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....</b>	<b>7</b>
<b>2. GUIDE D’UTILISATION DU MANUEL DE PROCEDURES .....</b>	<b>8</b>
2.1. A quoi sert ce manuel de procédures ? .....	8
2.2. Pourquoi doit-on utiliser ce manuel ? .....	8
2.3. Quand doit-on utiliser ce manuel .....	8
2.4. Qui doit utiliser ce manuel? .....	8
2.5. Comment utiliser ce manuel ? .....	9
<b>3. OBJECTIFS DU MANUEL.....</b>	<b>10</b>
3.1. Objectif général.....	10
3.2. Les objectifs spécifiques sont : .....	10
<b>4. CADRE DE PLANIFICATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>5. DEFINITION DES PRINCIPAUX CONCEPTS DE SUIVI-EVALUATION.....</b>	<b>10</b>
<b>6. CADRE DE SUIVI/EVALUATION DU PALUDISME.....</b>	<b>12</b>
6.1. Cadre Logique.....	14
6.2. Système d’information sur le paludisme.....	16
6.3. Cadre institutionnel .....	16
6.4. Organe de pilotage et Groupe technique. ....	19
6.5. Mise en place du système de suivi/évaluation .....	Erreur ! Signet non défini.
<b>7. PROCÉDURES OPERATIONNELLESPOUR LE SUIVI –EVALUATION .....</b>	<b>22</b>
7.1. PROCEDURES POUR LE SUIVI. ....	27
7.2. PROCEDURES DE SURVEILLANCE AU NIVEAU DES SITES SENTINELLES .....	49
7.3. PROCEDURES POUR L’EVALUATION.....	51
7.4. CONTROLE DE QUALITE DES DONNEES.....	55
7.5. PROCEDURES POUR LA CONSERVATION ET L’ARCHIVAGE DES DONNEES.....	58
7.6. GESTION DES RISQUES.....	59

## PREFACE

Le Ministère de la Santé à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), appuyé par ses partenaires, a élaboré un Plan Stratégique National 2013– 2017 qui a pour but de réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme grâce à la mise en œuvre de stratégies efficaces de prévention et de prise en charge.

Un plan de Suivi/Evaluation a été mis en place pour mesurer le niveau de performances dans la mise en œuvre des interventions prévues. Ce plan définit les indicateurs à mesurer, détermine les cibles à atteindre par période, identifie les moyens nécessaires à la réalisation des activités de Suivi- Evaluation et fournit aux acteurs un ensemble d'orientations technique, méthodologique et organisationnelle.

La mesure des indicateurs de Suivi/Evaluation retenus exige de rendre disponible et à temps opportun les informations fiables sur l'évolution de la maladie (cas et décès), sur le déroulement, l'efficacité et l'efficience des interventions de lutte ainsi que sur l'utilisation des services et la gestion des ressources. Les activités de collecte, de transmission, d'analyse et de diffusion doivent être menées d'une manière harmonisée et standardisée afin de garantir la possibilité de comparaisons entre différentes sources ainsi que la qualité des données. D'où la nécessité de mettre à la disposition de tous les acteurs un document de référence décrivant les procédures pour mener à bien les activités de Suivi - Evaluation.

L'utilisation de ce manuel permettra à coût sûr d'améliorer notablement les performances des acteurs du système de SE à travers l'harmonisation des outils et des méthodes de collecte, d'analyse et de diffusion des données.

Le Ministère de Santé remercie l'ensemble des partenaires qui ont contribué à l'élaboration de cet important document. Il s'agit notamment des partenaires bi- et multilatéraux (USAID/PMI, OMS, UNICEF,...), des ONG et Agences d'exécution des projets (STOPPALU, MCHIP, SIAPS, PSI, CRS.). Il appelle tous les acteurs du SE et les autres intervenants à s'inspirer de cet outil dans la planification et l'exécution des activités de suivi/évaluation.

Convaincu que le présent document répondra aux attentes du PNLP, des acteurs de terrain et des partenaires en matière de disponibilité et de qualité des données nécessaires au SE du Programme, je garde l'espoir qu'il contribuera efficacement à l'amélioration des performances du système de santé.

Le Ministre de la Santé

## REMERCIEMENTS

Le processus d'élaboration de ce manuel de procédure a été possible grâce aux efforts conjugués des experts nationaux et extérieurs appuyant la lutte contre le paludisme en Guinée. Les différentes phases de son élaboration et de sa validation ont connu les contributions inestimables des cadres du Programme et des partenaires techniques et financiers.

Au nom du Ministère de la Santé, le Coordonnateur National félicite et remercie toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce document en particulier :

- Le projet STOPPALU financé par Présidentiel Malaria Initiative (PMI) pour le l'appui technique et financier
- Les partenaires du PNLP, pour leurs appuis techniques qui ont été déterminants pour l'obtention d'un document de qualité,
- Les membres du groupe technique SE du Programme, qui ont conduit avec professionnalisme le processus d'élaboration et de validation du document;
- Les cadres du niveau central, intermédiaire et périphérique du ministère de la santé pour leur participation active au processus;
- L'équipe du PNLP, pour le suivi et la coordination efficace du processus ayant permis de doter les acteurs du SE d'un manuel de procédures de qualité.

## ***SIGLES ET ACRONYMES***

**ACS** : Agent Communautaire de Santé

**BSD** : Bureau de Stratégie et Développement du Ministère de la Santé

**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

**CTPS** : Conseil Technique Préfectoral de Santé

**CTRS** : Conseil Technique Régionale de Santé

**DCS** : Direction Communale de la Santé

**DPS** : Direction Préfectorale de la Santé

**DRH** : Division des ressources humaines

**DRS** : Direction Régionale de la Santé

**EDS**: Enquête Démographique et Sanitaire

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

**GTSE** : Groupe Technique Suivi/Evaluation

**IEC/CCC** : Information –Education- Communication/Communication pour le Changement de Comportement

**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

**OCB** : Organisation Communautaire de Base

**OMS**: Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernemental

**PAO** : Plan d'Action Opérationnel

**PEV** : Programme Elargi de Vaccination

**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

**PSN** Plan Stratégique National

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

**RBM/MERG:** Roll Back Malaria / Monitoring Evaluation Roll Back Malaria working Group

**RPP :** Revue de Performance du Programme

**SAF :** Service Administratif et Financier

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

**SMIR :** Surveillance Intégré 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

# 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Les programmes nationaux et les projets financés par les donateurs œuvrent dans le but de réaliser les ambitieux objectifs liés à la lutte contre le paludisme. La mesure du succès et l'amélioration de la gestion de ces initiatives reposent sur des systèmes solides de suivi et d'évaluation (S&E) qui produisent des données de qualité relatives à l'exécution du programme et aux résultats obtenus.

Dans l'esprit du "Three Ones", du «RBM Global Strategic Plan», les organisations multilatérales et bilatérales doivent collaborer pour élaborer ensemble des outils uniques pour la gestion, la coordination et le Suivi/Evaluation. C'est dans ce cadre que le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) dispose depuis février 2014 d'un plan national de suivi/Evaluation auquel adhère l'ensemble des partenaires de lutte contre le paludisme. 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 le renforcement du système de gestion des données du paludisme et l'amélioration du mécanisme de coordination entre les partenaires du PNL.

Pour faciliter la collecte, la compilation, la transmission, l'analyse, la diffusion des données et améliorer ainsi la complétude, la promptitude et la qualité des données il s'est avéré nécessaire de mettre à la disposition des acteurs un manuel de procédures qui sert de guide à la gestion des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Ce manuel sert de cadre de référence pour l'opérationnalisation du système de suivi-évaluation en facilitant la formalisation et à l'harmonisation des procédures en matière de SE .

La dissémination du manuel et son utilisation régulière par les prestataires pourraient contribuer à l'amélioration de la qualité des données grâce à une compréhension commune des concepts et à une harmonisation des procédures.

## 2. GUIDE D'UTILISATION DU MANUEL DE PROCEDURES

### 2.1. A quoi sert ce manuel de procédures ?

Le manuel décrit les procédures mises en place en matière de Suivi/Evaluation de la lutte contre le paludisme par niveau de la pyramide sanitaire. Dans l'optique de rendre le système performant, il permet au Programme, à ses Partenaires et aux acteurs de terrain

- De connaître ce qui doit se faire en matière de Suivi/Evaluation (quoi ?)
- Par qui cela doit être fait (qui ?)
- A quel niveau cela doit être fait (où ?)
- De quelle façon cela est fait (comment ?).

### 2.2. Pourquoi doit-on utiliser ce manuel ?

Le manuel de procédures est un *outil de formation et de travail* pour les acteurs. Il permet d'éviter des pertes de temps et des frustrations lors de la recherche d'informations sur ce qui doit se faire. Il constitue un *outil de référence*; qui facilite l'application des bonnes procédures dans la mise en œuvre des activités de Suivi/Evaluation.

### 2.3. Quand doit-on utiliser ce manuel

Le manuel est destiné aux *agents chargés du Suivi/Evaluation* dans les situations suivantes :

- Lorsqu'ils ne savent pas où ont oublié ce qu'il faut faire
- Lorsqu'ils doivent régler un problème
- Lorsqu'ils ne sont pas d'accord sur ce qu'il y a à faire
- Lorsqu'ils doivent justifier les initiatives et les actions prises
- Lorsqu'ils sont affectés à un nouveau poste pour lequel ils ne sont pas formés.

Pour les **responsables du système de Suivi/Evaluation et les superviseurs** ce manuel est un outil de travail avec la possibilité de :

- Renforcer les compétences du personnel, les procédures servant d'outil de formation, de supervision et d'audit de la qualité des données ;
- Renforcer la confiance aux données reçues et aux agents les ayant fournies, la procédure servant de référence qui permet de contrôler la qualité des opérations et de l'information fournie
- Maitriser leurs rôles et responsabilités et ceux des agents qu'ils encadrent ;
- Prendre des initiatives, la procédure servant de justificatif à posteriori ;
- Evaluer la performance des agents et prendre des sanctions (positives ou négatives) sans craindre d'être soupçonné d'arrière-pensées,
- Déterminer les besoins et réclamer des ressources pour le Suivi/Evaluation (personnel, logistiques, outils de gestions...) sur la base des procédures écrites.

### 2.4. Qui doit utiliser ce manuel?

- Les agents chargés de la gestion des données à chaque niveau afin de faciliter l'accomplissement des tâches dans le respect de ce qui est convenu de faire (directives) ;
- Les équipes d'encadrement à tous les niveaux afin de les aider à prendre des décisions et de faire des recommandations conformes aux directives;

- Les superviseurs, contrôleurs et auditeurs afin qu'ils puissent réaliser leur travail conformément aux procédures et qu'ils recommandent des actions correctrices dans le respect des directives.

### **2.5. Comment utiliser ce manuel ?**

Le manuel sera consulté par les responsables à chaque niveau au cours de la réalisation des activités de collecte, compilation, analysé et diffusion des données.

Le manuel sera utilisé au cours des formations, supervisions et des réunions pour permettre d'avoir, de part et d'autre la même perception de ce qui doit être fait en matière de SE.

Toute modification doit être officialisée à travers une mise à jour du manuel de procédures.

### 3. OBJECTIFS DU MANUEL

#### 3.1. Objectif général

Harmoniser les procédures et les outils utilisés pour l'opérationnalisation du système de Suivi-Evaluation.

#### 3.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont:

- Améliorer la **fiabilité** des données issues du système d'information du Programme par la mise en place de protocoles et des procédures harmonisées qui ne changent pas en fonction des utilisateurs, du moment, du lieu ou de la fréquence d'utilisation.
- Améliorer la **validité** des données en s'assurant que les informations contenues dans les outils et les bases de données reflètent la réalité qu'elles sont censés mesurer ;
- Améliorer la **promptitude, la complétude et l'exhaustivité** en s'assurant que les structures fournissent à temps des données parfaitement complètes ;
- Améliorer l'**Intégrité** des données issues du système d'information du programme en s'assurant qu'elles sont protégées contre des biais délibérés ou contre la manipulation ;
- Définir les **règles et méthodes applicables** à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, intermédiaire et opérationnel) dans la collecte, le traitement, la diffusion des données sur le paludisme ;
- Renforcer la capacité des acteurs (**formation et de supervision**) ;
- Faciliter un **contrôle** transparent de la gestion des données.

### 4. DEFINITION DES PRINCIPAUX CONCEPTS DE SUIVI-EVALUATION

- **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 par rapport au plan initial.
- **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. Contrairement au suivi qui concerne les activités, l'évaluation sert à constater si les résultats fixés à l'avance ont été atteints ou non. L'évaluation peut utiliser les résultats du suivi afin d'expliquer en profondeur pourquoi on n'a pas atteint les résultats.
- **Pertinence** : Les objectifs sont conformes aux priorités des bénéficiaires, du Programme et des partenaires techniques et financiers.
- **Performance** : elle est mesurée sur la base de l'efficacité, l'efficacité et la ponctualité.
  - i) l'**efficacité** est la mesure dans laquelle un programme/projet atteint ses objectifs immédiats ou fournit les résultats souhaités-atteinte des effets,
  - ii) l'**efficacité** est la transformation optimale des intrants en résultats
  - iii) la **ponctualité** mesure la production en temps opportun des résultats.

- **Impact** : représente les changements à long terme apportés par le programme (prévus ou non) ; il s'agit de effets à long terme, positifs et négatifs, induits par les actions réalisées par un Programme/projet : En matière de paludisme, l'impact concerne la morbidité, la mortalité liées à la maladie et les conditions socio-économiques (baisse de la nuisance due à la lutte antivectorielle, budget des familles, absentéisme au travail ou à l'école)
- **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 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.
- **Indicateur**: C'est une variable objectivement vérifiable (mesurable) que l'on peut observer pour comparer les objectifs aux réalisations effectives aux divers niveaux. Il permet de mesurer un aspect d'un projet/programme, d'une intervention/stratégie. Pour être utilisable, un indicateur doit avoir les caractéristiques suivantes :
  - **Pertinence** : approprié pour mesurer le phénomène ; en rapport avec le facteur étudié ;
  - **Précision** : mesure exacte du phénomène étudié ;
  - **Fiabilité** : reproductible ;
  - **Sensibilité** : suit les variations du phénomène étudié ;
  - **Spécificité** : n'est pas influencé par d'autres phénomènes.

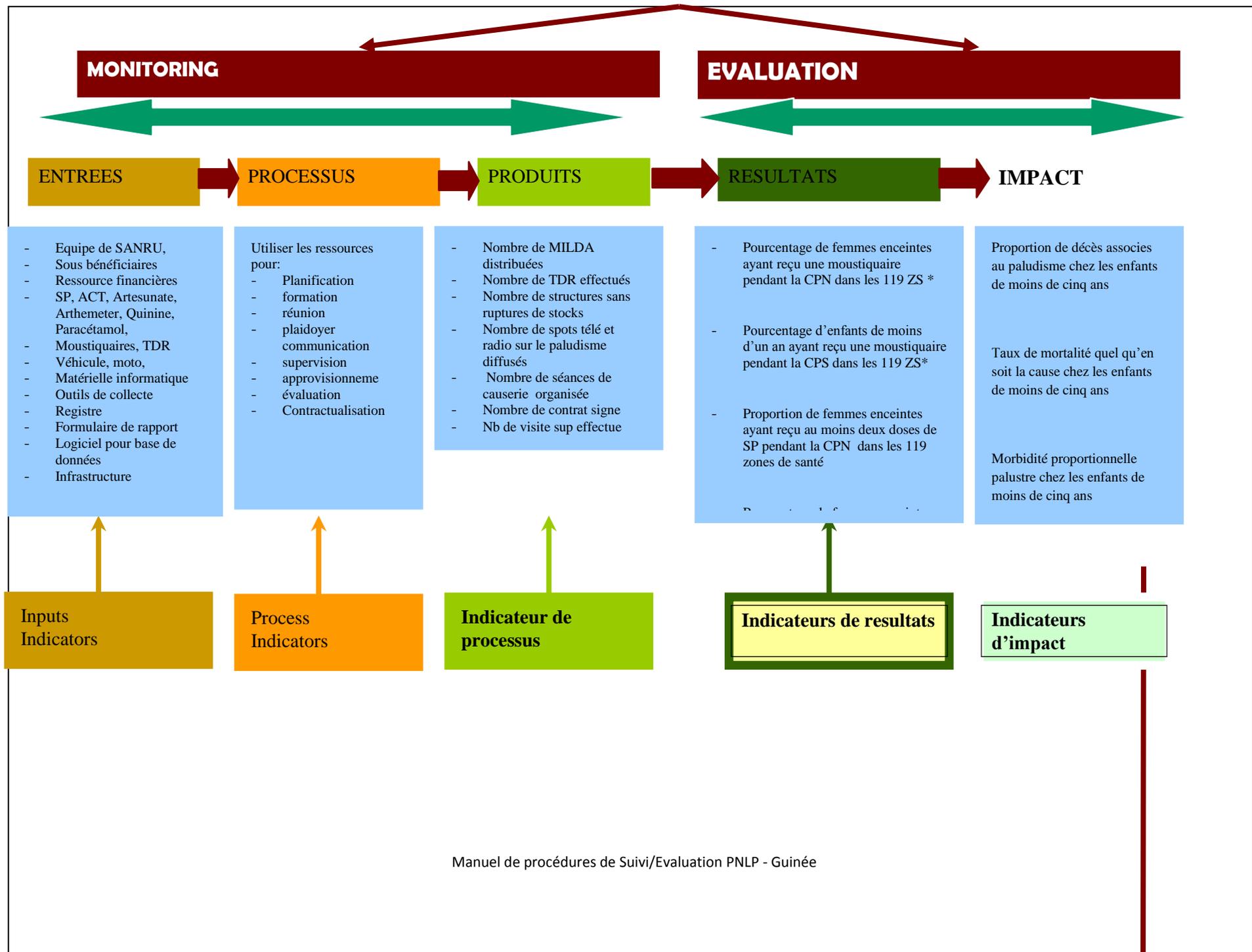
Les définitions des indicateurs de Suivi - Evaluation doivent être claires, précises et mesurables garantissant une meilleure collecte de l'information.

But du suivi et d'évaluation (S & E)

Le but du suivi et de l'évaluation des activités est de générer des informations sur la performance des programmes ainsi que l'adéquation des politiques, des procédures et des stratégies pour le contrôle et la prévention du paludisme. Plus précisément, le suivi et l'évaluation a trois objectifs:

- Prise de décision: direction et ajuster les projets et les politiques actuelles;
- Apprentissage: en apprendre davantage sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas;
- Responsabilité: évaluer les ressources utilisées par rapport aux objectifs formulés à l'avance et les résultats obtenus.

## **5. CADRE DE SUIVI/EVALUATION DU PALUDISME**



## 5.1. Cadre Logique

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

- Les ressources mobilisées pour la lutte contre la maladie : personnel, finances, médicaments, MILDA..... ;
- La réalisation des activités prévues dans le plan stratégique : formation, supervision, sensibilisation, approvisionnements.... ;
- Les produits obtenus grâce à la réalisation des activités : nombre de personnes formés, nombre de structures de santés approvisionnées en médicaments, nombre de personnes sensibilisées.... ;
- Les changements de comportement survenus suite à la réalisation des activités : femmes enceintes prenant la SP pour le TPI, personnes dormant sous MILDA, patients consultant les formations sanitaires pour paludisme, prestataire assurant une prise en charge correcte des cas de paludisme.... ;
- Les changements à long terme (impact), suite à l'adoption de comportement favorables et de l'utilisation des services, en termes de diminution de la morbidité, de la mortalité dues au paludisme et d'amélioration du statut socioéconomique des populations.

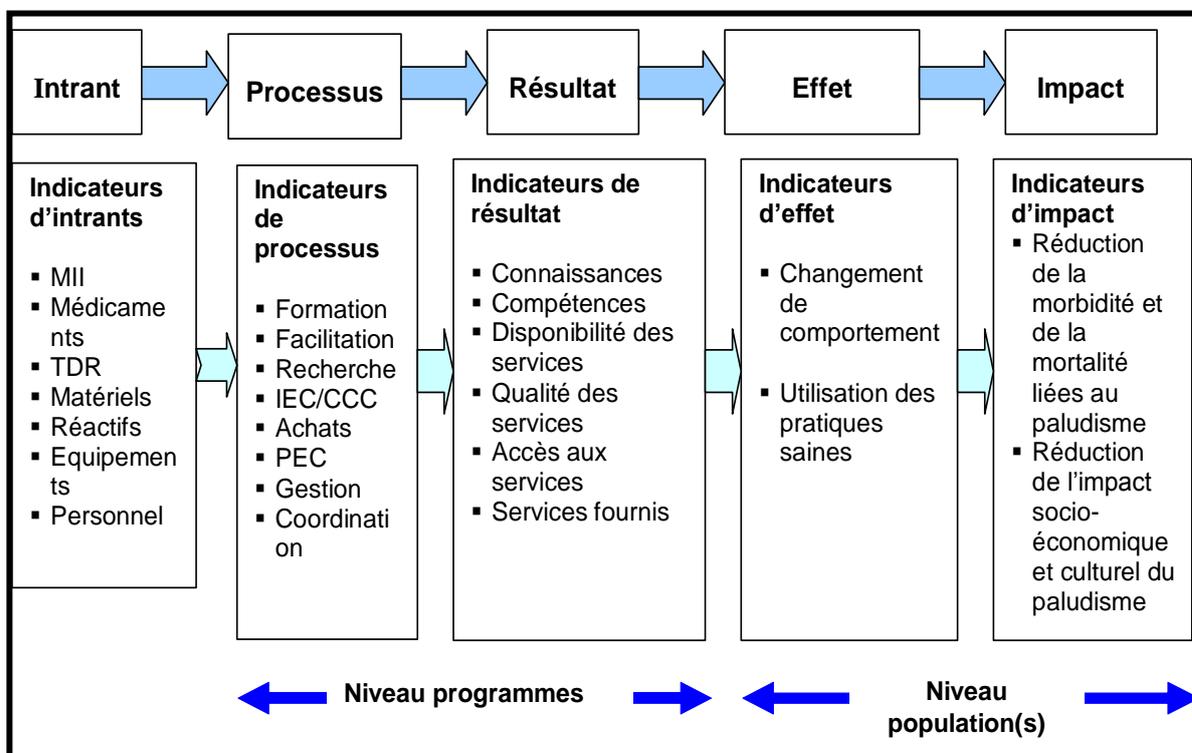
Le cadre logique définit des indicateurs pour suivre et évaluer l'ensemble de ce processus:

- **Les indicateurs d'intrants** qui permettent de suivre la gestion des ressources mobilisées **et de connaître le niveau de satisfaction des besoins : nombre (proportion) de MILDA, de CTA, de personnel, d'ACS,.... disponibles par rapport au besoins ;** ils répondent à la question « **Qu'est ce qui est investi pour lutter contre le paludisme?** » .
- **Les indicateurs de processus** qui mesurent le niveau de réalisation des activités au regard des prévisions du PSN et des plans d'action opérationnels: formations, approvisionnements, supervision, sensibilisations, plaidoyer, assistances techniques... ; ces indicateurs permettent de répondre à la question « **Qu'est ce qui a été fait pour lutter contre le paludisme?** »
- **Les indicateurs de produits** qui mesurent les résultats immédiats obtenus grâce à la réalisation des activités : nombre de personnes formés, nombre de structures de santés approvisionnées, nombre de personnes sensibilisées.... ils répondent à la question « **Qu'est ce qui a été produit ?** »
- **Les indicateurs d'effets** mesurent les changements de comportement favorables à la santé et l'utilisation des services par les populations cibles: pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MII la veille de l'enquête, pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MII la veille de l'enquête, pourcentage des femmes enceintes ayant reçu le TPI, ...etc. Les indicateurs d'effets permettront de répondre à la question « *Quels ont été les résultats obtenus à court et moyen terme?* »
- Les indicateurs d'impact mesurent la réduction de la morbidité, de la mortalité dues au paludisme et l'amélioration du statut socioéconomique **de la population obtenus suite aux** changements de comportement favorables et de l'utilisation des services ils. permettent de répondre à la question « *Quels ont été les résultats à long terme?* ».

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

réalisation de l'objectif global. La figure ci-dessous montre les différents liens entre les niveaux du cadre logique et les types d'indicateurs à suivre par niveau.

*Figure N°1 : Cadre logique de SE du Programme de lutte contre le paludisme*



Les indicateurs d'intran, de processus et de résultats sont mesurés au niveau du système de santé (niveau Programme) tandis que les indicateurs d'effet et d'impact sont mesurés au niveau des communautés.

Dans le cadre de performance du Plan de SE du Programme, il a été défini des indicateurs sur la base des caractéristiques suivantes

- Permettre de mesurer les performances et fournir des informations utiles pour la prise de décision ;
- Être cohérent avec les objectifs, stratégies, activités et les cibles proposées dans le plan stratégique national, le plan de travail annuel et le budget ;
- Être en nombre raisonnable de préférence jusqu'à 15 indicateurs de couverture ou de résultat et 2 à 5 indicateurs d'impact ou d'effet ;
- Être clairs et constitués de numérateurs et dénominateurs bien définis (définitions standard) pour éviter les doublons et les interprétations multiples au cours des mesures ;
- Être sélectionnés en fonction du rythme de mise en œuvre et de la fréquence de collecte des données afin que les résultats soient disponibles à temps ;
- Être harmonisés entre les différents partenaires et les autres projets/programmes de santé
- Inclure les principaux indicateurs pertinents pour le programme.

La sélection a été faite en collaboration avec les partenaires nationaux et internationaux du Suivi/Evaluation sur la base des recommandations de l'OMS et de RBM/MERG.

## 5.2. Système d'information sur le paludisme

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

- **Les rapports de routine des services de santé qui permettent de** collecter les données de morbidité, de mortalité et de prestations de services. Ils sont gérés par l'Unité SE du Programme en collaboration avec le Bureau de Stratégie et Développement du Ministère de Santé
- **Les données de la surveillance épidémiologique** basées sur l'identification et la notification hebdomadaire des maladies sous surveillance et la riposte y compris le paludisme. En ce qui concerne le Paludisme les données sont gérées par la section SE du Programme en collaboration avec la section urgence et catastrophe de la division Prévention et Lutte contre la Maladie.
- **les sites sentinelles de surveillance** qui permettent d'obtenir de façon continue les données sur la mortalité et la morbidité, les activités de laboratoire, l'entomologie, l'efficacité thérapeutique des médicaments et la pharmacovigilance. Il s'agit de données complémentaires qui ne sont pas prises en compte par le SNIS de routine.

Les sites sentinelles sont identifiés en suivant des critères internationaux. Ces sites, dits témoins, permettent d'apprécier la qualité de la mise en œuvre dans des zones réduites mais représentatives et de suivre la tendance de la morbidité et de la mortalité.

- **Les études et enquêtes:** qui permettent de documenter davantage certains aspects spécifiques en rapport avec la prévention ou la prise en charge. Elles sont réalisées à différents niveaux : Programmes, Institutions de Recherches, Universités, ONGs, Partenaires bi et multilatéraux.
- **Les données administratives et de gestion des ressources** sont sous la responsabilité du Service Administratif et Financier (SAF) du Programma pour le personnel, équipement, infrastructure, maintenance

## 5.3. Cadre institutionnel

Sur le plan institutionnel le schéma organisationnel prévoit quatre niveaux dans la structuration du système d'information:

- **Le Niveau opérationnel**

Le niveau opérationnel est représenté par les structures de santé (poste de santé, centre de santé, centre médical communal, hôpitaux, secteur privé) et les prestataires communautaires (Agent Communautaire de Santé). A ces différents niveaux, les outils d'enregistrement des cas et de prestations de services permettent aux acteurs de procéder à la collecte, la notification des cas, la compilation des rapports des sous-unités, l'élaboration du rapport mensuel ou trimestriel, le traitement et l'analyse des données de couverture et de performance. Les Agents Communautaires,

les chefs de postes et de centres de santé, les chargés de statistiques des hôpitaux et CMC, les chefs de cliniques et cabinets médicaux sont chargés de la collecte de données et de la production des rapports à soumettre aux Directions Préfectorales et Communales de la Santé.

- **Le Niveau périphérique**

Ce niveau est représenté par la Direction Préfectorale /communale de la Santé au sein de laquelle existe une unité qui a pour mission de centraliser les données statistiques. Sous la supervision du Médecin chargé de la Prévention et Lutte contre la Maladie (point focal du Programme) le chargé des statistiques de la Direction Préfectorale de la Santé (DPS) est chargé de compiler les rapports des centres de santé et d'élaborer un rapport mensuel à transmettre au PNLP avec copie à la section SNIS du Bureau de Stratégie et Développement du Ministère de la Santé (BSD et à la Direction Régionale de la Santé (DRS)). La Direction Préfectorale de la Santé est chargée de faire une analyse des performances, de réaliser le contrôle de qualité des données et d'assurer le feedback aux structures de son ressort.

- **Niveau intermédiaire**

Représenté par la Direction Régionale de la Santé (DRS), le niveau intermédiaire est le lieu de compilation des rapports des DPS. Sous la supervision du Médecin chargé de la Prévention et Lutte contre la Maladie de la DRS (point focal du Programme), le responsable des statistiques au niveau régional est chargé de coordonner les activités relatives à l'information sanitaire des DPS, analyser les performances et assurer le feedback.

- **Niveau central**

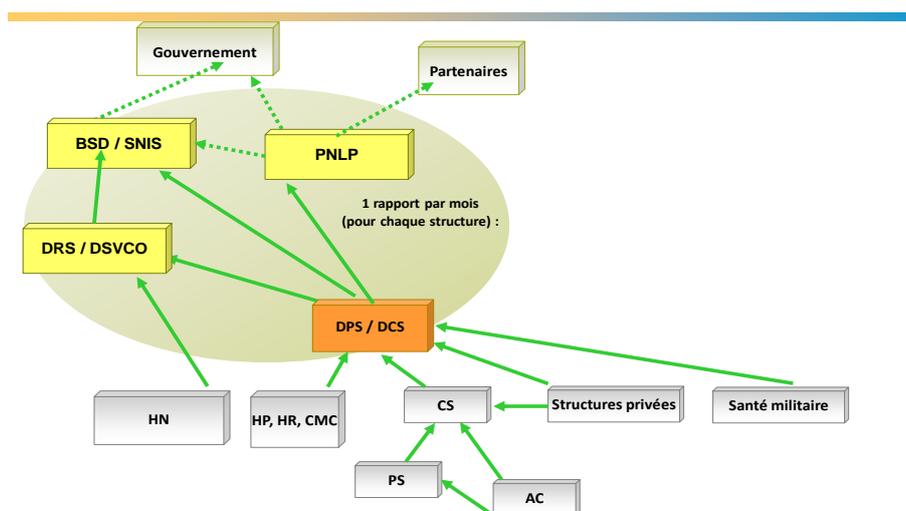
Les données sur le paludisme sont reçues et analysées à deux niveaux : **la section statistique et information sanitaire (SIS) qui relève du BSD et L'unité Suivi/Evaluation du PNLP**. Ces deux structures travaillent ensemble pour i) centraliser, analyser, conserver et diffuser l'information sur le paludisme, (ii)-concevoir des outils, des procédures et des mécanismes uniformes de notification des données, d'enregistrement et d'utilisation de l'information, (iii)-enseigner et suivre les indicateurs par niveau du système, (iv)- concourir à l'accomplissement des obligations tant nationales qu'internationales en matière d'information sur le paludisme

**Tableau N°1 : Responsabilités et types de rapports par niveau**

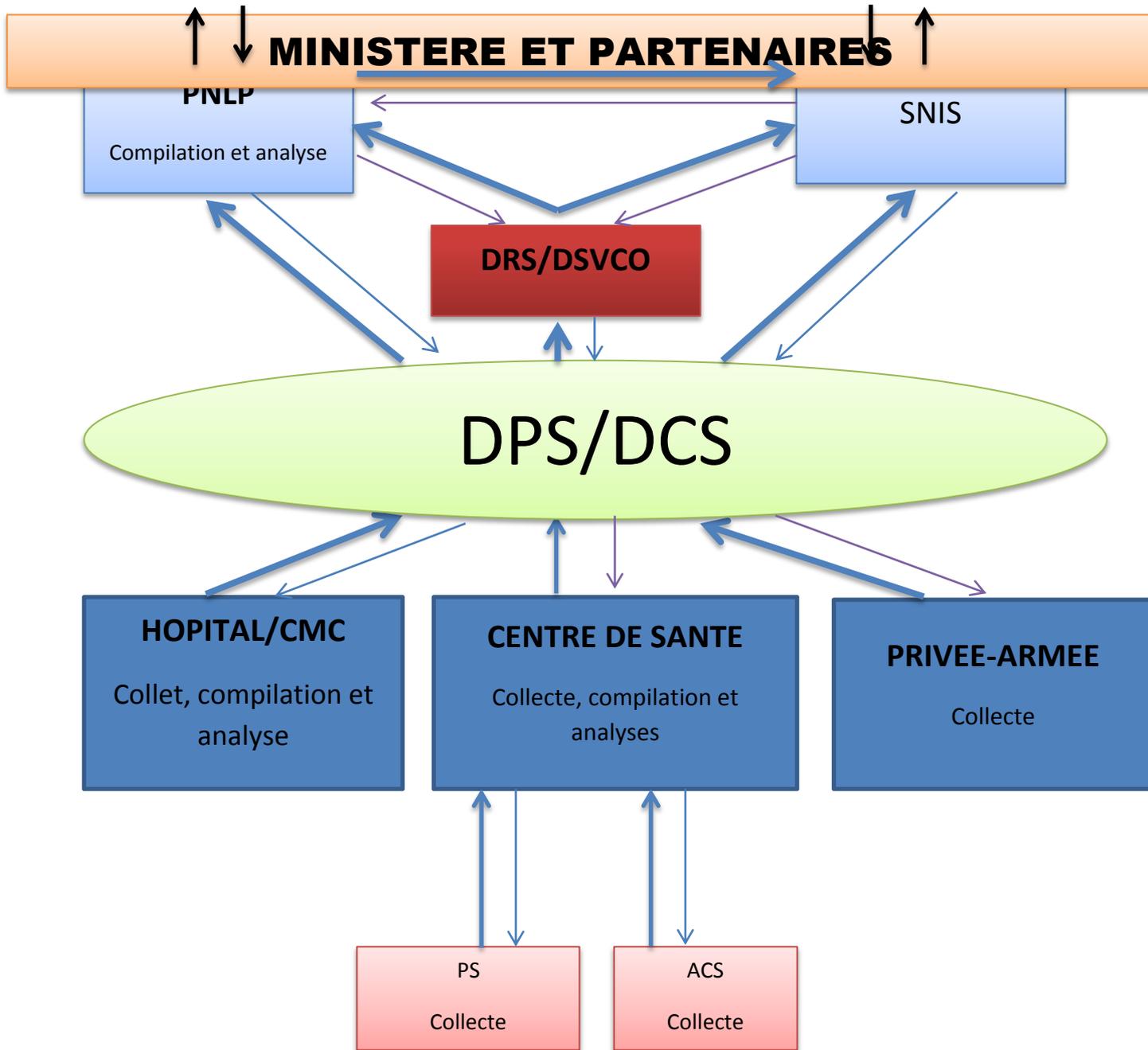
Niveau	Personnes responsables	Canevas de rapport
Niveau communautaire	ACS Animateurs des OBC	Fiche de rapport AC Fiche de rapport OBC
Poste de santé	Chef de Poste de Santé	Centre de santé
Centre de santé	Chef de centre de Santé	Centre de santé
CMC	Chargé des statistiques	Hôpital
Hôpital	Chargé des statistiques	Hôpital
DPS/DCS	Chargé des statistiques/Médecin chargé de la prévention et lutte contre la maladie	Base de données et canevas de rapport DPS/DCS
DRS	Chargé des statistiques/Médecin chargé de la prévention et lutte contre maladie	Base de données
National	Chef unité suivi évaluation du PNLP Chef Section Statistique et Information Sanitaires(SSIS) du BSD/	Base de données

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

**Figure N°2: CIRCUIT DE REMONTE DES DONNEES DU PALUDISME**



a) CIRCUIT DES DONNEES PNLP/SNIS



## 5.5. Organe de pilotage et Groupe technique.

Le Suivi/Evaluation de la lutte contre le paludisme est piloté par le PNLP à travers l'Unité Suivi/Evaluation, surveillance épidémiologique et recherche. Cette unité a pour mission d'assister le coordonnateur dans la gestion des activités relatives au suivi, à l'évaluation, à la surveillance épidémiologique et à la recherche.

**Tableau N°2 : Composition de l'Unité Suivi/Evaluation Surveillance Epidémiologique et Recherche du PNLP et profil des membres**

Membre	Profil
Chef de l'unité	Médecin épidémiologiste ou spécialiste en suivi évaluation
Charge de la planification et supervision	Médecin spécialiste en sante publique et ayant une expérience professionnelle d'au moins 5 ans
Charge de la recherche opérationnelle enquête et recherche opérationnelle	Médecin épidémiologiste
Gestion des données et de surveillance épidémiologique	Statisticien

Le Groupe Technique Suivi/Evaluation (GTSE), qui regroupe les partenaires, le SNIS et les services techniques du Ministère de la Santé est chargé d'appuyer le PNLP dans le renforcement du système de Suivi/Evaluation : définition des indicateurs, identification des besoins en information, conception des outils, formation, organisation des missions de supervision, monitoring, enquêtes, gestion des données, recherche opérationnelle.

## 5.6. Rôles et responsabilités des acteurs

Les procédures opérationnelles pour le Suivi/Evaluation répondent aux besoins des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et des partenaires qui appuient le système de santé en particulier le Programme National de Lutte contre le Paludisme. Pour leur mise en place, il est essentiel d'identifier les acteurs du système et leurs partenaires et de comprendre leurs préoccupations par niveau en matière de Suivi/Evaluation ainsi que leurs rôles et responsabilités

**Tableau N°3 : Attentes des acteurs et des partenaires en matière de suivi-évaluation**

Acteurs/Partenaires	Préoccupations	Taches/Fonction de Suivi/Evaluation
Ministère de la Santé	Suivi de la conformité entre les orientations stratégiques et les politiques  Evaluations et audits du programme.	Validation des rapports d'activités semestriels/annuels du PNLP et des évaluations d'impact.  Prise de décision en matière de vision et de stratégies
PNLP	Coordination de la Planification et du Suivi des orientations stratégiques  Suivi/Evaluation des projets, services, institutions et soumission de rapport aux Ministère et aux partenaires  Suivi/Evaluation de l'état d'avancement dans la mise en œuvre des stratégies de lutte  Evaluation des résultats et de l'impact	Compilation, Analyse, Validation des rapports statistiques et rapports d'activités mensuels, trimestriels/ semestriels/annuels des DPS, DRS et institutions partenaires (ONGs, secteurs privés associatifs, confessionnels).  Mesure du niveau de mise en œuvre du plan stratégique et des plans opérationnelles  Mesure des tendances des indicateurs du Programme  Prise de décisions sur la pertinence et le niveau de mise en œuvre des stratégies et d'évolution de la maladie
Partenaires/ Bailleurs	Résultats obtenus grâce à l'appui : efficacité et efficience  Financement basé sur les résultats	Analyse des rapports du Programme et autres acteurs et Feedback  Prise de décision en matière d'appui technique et financier
DRS	Suivi/Evaluation de la mise en œuvre du plan régional de riposte contre la maladie	Compilation, Analyse, Validation des rapports statistiques et rapports d'activités mensuels, trimestriels/ semestriels/ annuels des DPS et institutions partenaires (ONGs, secteurs privés associatifs, confessionnels) .  Mesure du niveau de mise en œuvre du plan opérationnelle et des tendances des indicateurs du Programme  Prises de décisions sur la mise en œuvre des activités et la gestion des données
DPS	Suivi/Evaluation de la mise en œuvre du plan opérationnel de riposte contre la maladie	Compilation, Analyse, Validation des rapports statistiques et rapports d'activités mensuels, trimestriels/ semestriels/ annuels des structures de santé et institutions partenaires (ONGs, secteurs privés associatifs, confessionnels)  Mesure du niveau de mise en œuvre du plan opérationnelle et des tendances des indicateurs du Programme  Prises de décisions sur la mise en œuvre des activités et la gestion des données
Structures de santé publique et privées	Suivi de la mise en œuvre des activités	Récolte des données primaires et élaboration et transmission de rapports mensuels  Compilation, Analyse, Validation des rapports statistiques et rapports d'activités mensuels des services dépendants et des ACS et OBC  Monitoring des activités  Mesure des tendances des indicateurs du Programme au niveau de l'aire de Santé
ONGs Communautés (AC/OCB)		Récoltes des données primaires  Elaboration et transmission de rapports mensuels

# 6. PROCÉDURES OPERATIONNELLES POUR LE SUIVI –EVALUATION

## 6.1. PROCEDURES POUR LA GESTION DE L'INFORMATION

### 6.1.1. Collecte des données

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

**Dans les formations sanitaires** (centre de santé, poste de santé, CMC et Hôpitaux, secteur privé), il existe des outils de gestion (registres de consultation, d'hospitalisation, de laboratoire, fiches de stock, registre de gestion de médicaments, registre CPN, Fiches infantiles, fiches de pointage) dans lesquels sont inscrits au quotidien tous les actes exécutés par les prestataires. Ces documents servent de base pour le remplissage du canevas de rapport mensuel de la formation sanitaire.

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

En ce qui concerne les activités de sensibilisations et de distribution communautaire de produits de santé ou de services (MILDA, médicaments, PID...) les fiches de collecte et de compilation des rapports, conçues à cet effet sont remplies par les acteurs formés et servent de base à l'élaboration des rapports. Les prestataires doivent être formés à l'utilisation de ces outils et disposés de guides de remplissage.

### 6.1.2. Compilation et analyse :

**Le premier niveau de compilation** des données de routine se fait au niveau des centres de santé et des hôpitaux.

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

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

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

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

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

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

**Le second niveau de compilation et d'analyse** se fait au niveau des DPS/DCS. Sous la supervision du chef de section prévention et lutte contre la maladie, le statisticien de la DPS/DCS doit à la fin de chaque mois compiler les rapports mensuels des formations sanitaires (centres de santé, CMC, Hôpitaux, secteur privé) qui relèvent de la DCS/DPS. Pour ce faire, la DPS/DCS dispose d'une base de données informatisée dans laquelle le statisticien saisit les rapports des structures au fur et à mesure de leur réception. La base de données permet un traitement des données et la production du rapport mensuel qui est transmis à la DRS et au PNLP.

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

**Le troisième niveau de compilation et d'analyse** se fait au niveau du PNLP. Sous la supervision du chef d'unité Suivi/Evaluation, le gestionnaire de données (Data Manager) doit à la fin de chaque mois compiler les rapports mensuels des DPS/DCS. Pour ce faire, il dispose d'une base de données informatisée dans laquelle il saisit les rapports au fur et à mesure de leur réception. La base de données permet un traitement des données et la production du bulletin épidémiologique mensuel sur le paludisme. A l'issue de l'analyse des données, il décrit les tendances de la morbidité et de la mortalité, la disponibilité et l'utilisation des services de prise en charge des cas et de prévention. Cette analyse est faite par district sanitaire, par région et par strate épidémiologique et aboutit à des prises de décision sur la complétude, la promptitude, la qualité des données et l'évolution des indicateurs retenus dans le plan de SE.

### **6.1.3. Types de rapports par niveau de la pyramide sanitaire.**

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

Le tableau N°4 définit le type, les outils utilisés, la périodicité et les délais de transmission des rapports attendus par niveau.

**Tableau N°4** : Type de rapport, outils utilisés, périodicité et délais par niveau de la pyramide sanitaire

Niveau	Types de rapports	Outils	Périodicité	Délais
Agent de santé Communautaire	rapport mensuel de l'AC	Fiche de rapport mensuel Registre de l'AC	Mensuel	Avant le 5 du mois suivant
Centre/ poste de santé	Rapport mensuel du CS/PS	Fiche de rapport mensuel Registre de consultation Fiche CPN Fiche infantile PEV Carnet de santé Fiches de stocks	Mensuel	Avant le 10 du mois suivant
	Rapport de Monitoring	Fascicule de monitoring	Semestriel	Janvier et Juillet de chaque année
	Rapports d'activité	Canevas du Programme	Ponctuelle	jours après la fin de l'activité
	Rapport de supervision	Grille de supervision	Mensuel	Avant le 5 du mois suivant
hôpital préfectoral /Régional	Rapport mensuel de l'hôpital	Fiche de rapport mensuel Registre de consultation Fiche CPN Fiche infantile PEV Carnet de santé Fiches de stocks	Mensuel	Avant le 10 du mois suivant
	Rapport de Monitoring	Fascicule de monitoring	Semestriel	Janvier et Juillet de chaque année
	Rapport de supervision	Grille de supervision	Mensuel	Avant le 5 du mois suivant
Clinique/Cabinet privé	Rapport mensuel de l'hôpital	Fiche de rapport mensuel Registre de consultation Fiche CPN Fiche infantile PEV Carnet de santé Fiches de stocks	Mensuel	Avant le 10 du mois suivant
	Rapport de Monitoring	Fascicule de monitoring	Semestriel	Janvier - juillet
	Rapport de supervision	Grille de supervision	Mensuel	Avant le 5 du mois suivant
DPS	Rapport mensuel Préfectoral	Fiche de rapport mensuel	Mensuel	Avant le 15 du mois suivant
	Rapport synthèse de monitoring	Fascicule de monitoring	Semestriel	Janvier et juillet
	Rapports d'activité	Canevas du Programme	Ponctuelle	jours après la fin de l'activité
	Rapport de supervision	Grille de supervision	Mensuel	Avant le 5 du mois suivant

Niveau	Types de rapports	Outils	Périodicité	Délais
DRS	Rapport mensuel Préfectoral	Fiche de rapport mensuel	Mensuel	Avant le 20 du mois suivant
	Rapport synthèse de monitoring	Fascicule de monitoring	Semestriel	Janvier et juillet
	Rapports d'activité	Canevas du Programme	Ponctuelle	jours après la fin de l'activité
	Rapport de supervision	Grille de supervision	Trimestriel	Avril – juillet – octobre - janvier
PNLP	Bulletin mensuel de retro information	Canevas du Programme	Mensuel	Avant le 30 du mois suivant
	Rapports statistiques	Canevas du Programme	Trimestriel, Semestriel Annuel	30 jours après le trimestre 30 jours après le semestre Avant fin février de l'année suivante
	Rapports d'activité	Canevas du Programme	Ponctuelle	7 jours après la fin de l'activité
	Rapport de supervision	Grille de supervision	Semestriel	Janvier – Juillet
SNIS	Annuaire Statistique	Canevas National	Annuel	deuxième trimestre de l'année suivante
	Bulletin mensuel de retro information	Canevas du SNIS	Mensuel	Avant le 30 du mois suivant

#### 6.1.4. La retro information et prises de décisions

A chaque niveau de la pyramide sanitaire, une retro information est faite mensuellement aux structures qui rapportent les données. Cette retro information porte sur :

- La qualité du remplissage du rapport : le rapport est-il arrivé à temps ? Toutes les rubriques sont-elles remplies ? les calculs sont-ils exacts ? Existe-il des données aberrantes ?
- Les tendances des principaux indicateurs de SE
- Les décisions prises à l'issue de l'analyse des données

A chaque niveau de la pyramide, l'analyse des données à la fin de chaque mois en vue de la retro information et la prise de décision sur la gestion du programme doit porter au minimum sur les indicateurs décrits dans le tableau ci-après.

Tableau N°5 : indicateurs de suivi mensuel

<b>Indicateurs</b>	<b>Méthode de calcul</b>
Complétude des rapports mensuels (en pourcentage)	Nombre de rapports reçus sur le nombre de rapports attendus X 100
Promptitude des rapports mensuels	Nombre de rapports reçus à temps sur le nombre de rapports attendus reçus X 100
Dépistage du paludisme : Pourcentage de cas de fièvre testé (TDR, microscopie)	Nombre de cas de fièvre testés (TDR, microscopie) sur le nombre de cas fièvres reçus X 100
Taux de positivité du paludisme	Nombre de cas confirmés de paludisme (GE+ ou TDR+) sur le nombre de cas testes X 100
Part du paludisme toutes Consultations confondues	Nombre de cas confirmés de paludisme sur l'ensemble de consultations X 100
Traitement du paludisme : Pourcentage de traitement	Nombre de cas traités sur le nombre de cas confirmés X 100
Décès dus au Paludisme	Nombre de décès dus au paludisme enregistrés
Incidence Paludisme	Nombre de cas confirmés de paludisme X 12 sur la population totale X 1000
Pourcentage de Femmes enceintes suivant un TPI correct	Nombre de femmes de femmes enceintes ayant pris le TPI correct sur nombre attendu dans le mois x 100
Pourcentage de Femmes enceintes ayant reçu une MILDA	Nombre de femmes de femmes enceintes ayant reçu une MILDA sur nombre de premières CPN attendues dans le mois x 100
Pourcentage d'enfant (PEV1) ayant reçu une MILDA	Nombre d'enfants (PEV1) ayant reçu une MILDA sur nombre de PEV1 attendues dans le mois x 100
Mois de stock TDR	La quantité disponible de TDR en fin du mois sur la consommation mensuelle
Mois de stock CTA	La quantité disponible de CTA en fin du mois sur la consommation mensuelle
Mois de stock SP	La quantité disponible de SP en fin du mois sur la consommation mensuelle
Mois de stock Artésunate	La quantité disponible d'Artésunate en fin du mois sur la consommation mensuelle
Mois de stock Artémether	La quantité disponible d'Artémether en fin du mois sur la consommation mensuelle
Mois de stock MILDA de routine	La quantité disponible de MILDA en fin du mois sur la consommation mensuelle

## **6.2. PROCEDURES POUR LE SUIVI.**

Le suivi permet au Programme et structures décentralisées de répondre à la question qu'est qui est en train d'être fait par niveau au regard de ce qui est prévu. Il fournit des informations pour identifier et résoudre les problèmes de mise en œuvre et apprécier les progrès et difficultés par rapport au plan d'action de chaque entité.

Au niveau de la coordination du Programme et des structures déconcentrées le suivi se fait à travers les instances définies dans le référentiel du Programme, à travers la production de rapports périodiques, l'utilisation d'outils et de méthodes adaptés.

### **6.2.1. Les instances de suivi**

#### **6.2.1.1. Au niveau décentralisé**

- **La réunion hebdomadaire**

Au niveau décentralisé (DRS, DPS, hôpitaux, centre de santé) la réunion hebdomadaire permet aux équipes d'assurer le suivi de la réalisation des activités, de fournir les instructions et de partager les informations administratives et techniques. Au cours de cette réunion chaque service présente le niveau de réalisations des activités de la semaine et les prévisions de la semaine suivante.

- **Les réunions mensuelles des centres de santé**

Elles regroupent au tour de l'équipe du centre de santé, les chefs de poste de santé, les ACS et les partenaires intervenant dans la santé au niveau dans la sous-préfecture. Au cours de ces réunions, chaque chef de services présente le bilan des réalisations du mois passé, les difficultés et contraintes, les défis à relever et le plan de travail du mois suivant. Elles permettent d'examiner et valider les rapports mensuels et de faire une analyse des résultats obtenus à travers une analyse des tendances des indicateurs sur la morbidité et la mortalité palustre, les couvertures des interventions préventives et curatives et la disponibilité des intrants antipaludiques.

- **Les réunions mensuelles des DPS**

Elles regroupent au tour de l'équipe de la DPS, les chefs des centres de santé, la direction de l'hôpital et les partenaires intervenant dans la santé au niveau du district sanitaire. C'est une instance qui fait une analyse approfondie des résultats obtenus dans le mois à travers une analyse des tendances des indicateurs sur la morbidité et la mortalité palustre, les couvertures des interventions préventives et curatives et la disponibilité des intrants antipaludiques. Au cours de cette réunion chaque chef de services présente le bilan des réalisations du mois passé, les difficultés et contraintes, les défis à relever et le plan de travail du mois suivant.

#### **Les revues trimestrielles de suivi des activités et de validation de données**

Le PNLP organise chaque trimestre une revue au niveau des Directions Régionales de la Santé. Sous l'autorité du Directeur régionale de la santé, cette activité regroupe les chargés de la lutte contre la maladie et des statistiques du niveau régional et des districts sanitaires. Elle est appuyée par une équipe du niveau central (PNLP, SNIS, partenaires). Elle a pour but de renforcer la

coordination des interventions du niveau intermédiaire et opérationnel, d'harmoniser les méthodes de travail et de valider les rapports d'activité et de collecte de données statistiques des districts sanitaires. Cette instance permet de passer en revue par district sanitaire les indicateurs du Programme au regard des objectifs et des cibles fixées dans le cadre de performance.

- **Les revues semestrielles au niveau des DPS et DRS**

Ces revues sont des opportunités structurées de mener une réflexion pour mettre en évidence les principaux problèmes et préoccupations, et prendre des décisions en vue d'une mise en œuvre efficace des plans d'action opérationnels des structures déconcentrées du programme et autres parties prenantes.

A l'image des autres Programme de Santé, ces revues procèdent à une analyse des résultats du monitoring des activités de lutte contre le paludisme, des données de routine, des enquêtes et du bilan des activités réalisées.

**Au niveau du district sanitaire, le Conseil Technique Préfectoral de Santé (CTPS)** se réunit tous les 6 mois ( janvier et juillet) sous l'autorité du Directeur Préfectoral de la Santé et regroupe l'équipe de la DPS, la Direction et les services techniques de l'hôpital, les chefs de centre de santé, les représentants des communautés (comité de santé et d'hygiène, Directeur préfectoral des microréalisations) et les partenaires évoluant dans le district (ONGs, projets, assistants techniques, ...). Il est appuyé par une équipe du niveau régional. Au cours de cette instance les résultats de toutes les structures de santé sont analysés et des décisions sont prises sur :

- La disponibilité et l'utilisation des intrants (médicaments, MILDA,... );
- Les couvertures et la qualité des prestations de prévention et de prise en charge
- La gestion des ressources

**Au niveau de la région sanitaire, le Conseil Technique Régionale de Santé (CTRS)** se réunit sous l'autorité du Directeur Régional de la Santé et regroupe l'équipe de la DRS, les équipes préfectorales de Santé, les hôpitaux et les représentants des communautés (Directeurs préfectoraux des microréalisations, chargé des collectivités du gouvernorat) et les partenaires évoluant dans la région (ONGs, projets, assistants techniques, ...). Le CTRS procède à une analyse des performances des districts sanitaires et à des prises de décisions sur la disponibilité et l'utilisation des intrants (médicaments, MILDA,... ), les couvertures et la qualité des interventions et la gestion des ressources. Il est appuyé par une équipe du niveau central (Ministère de la Santé, PNLP).

### **6.2.1.2. Au niveau programme**

Au niveau du Programme les instances de suivi sont les suivantes: les réunions hebdomadaires/mensuels de la coordination, les réunions des groupes thématiques (SE, prise en charge, lutte antivectorielle, communication) les revues trimestrielles de suivi des activités et de validation de données et les revues annuelles.

- **La réunion hebdomadaire**

La réunion hebdomadaire regroupe le coordonnateur national, son adjoint, les chefs d'unité, l'assistant administratif et les autres personnels. Elle constitue une plateforme de renforcement de la communication interne et permet d'assurer le suivi des activités des unités du Programme, de

fournir les instructions et de partager les informations administratives et techniques. A l'aide d'un canevas consensuel et au regard du plan de travail, chaque unité présente le bilan des réalisations de la semaine écoulée et les activités prévues pour la semaine suivante.

- **La réunion mensuelle**

La coordination du PNLP se réunit une fois par mois avec l'ensemble du personnel pour faire le bilan des activités, identifier les problèmes et définir les approches de solution et valider le plan de travail du mois suivant. Au cours de cette réunion chaque chef d'unité présente le bilan des réalisations du mois passé, les difficultés et contraintes, les défis à relever et le plan de travail du mois suivant. Le chef service administratif et financier présente la situation de la gestion des ressources du programme et le budget prévisionnel pour le mois suivant.

Le chef de l'unité SE fait la situation du niveau d'atteinte des cibles fixées des indicateurs du Programme.

- **Les réunions des groupes thématiques**

Les groupes thématiques apportent un appui technique afin d'optimiser les résultats et l'impact des interventions. Sous le leadership des chefs d'unité du PNLP, il est mis en place quatre groupes thématiques (Suivi/Evaluation, prise en charge, lutte antivectorielle, communication). Ces groupes se réunissent chaque mois pour faire le point de l'état de mise en œuvre du plan de travail mensuel, discuter des orientations et harmoniser les mécanismes d'intervention.

- **Réunion trimestrielle du comité national de coordination RBM**

Le comité national RBM appui le PNLP dans la coordination et le suivi de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme dans le pays. Il regroupe les experts provenant des services techniques du Ministère de la santé, des institutions de formation et de recherche, des partenaires techniques et financiers et l'ensemble des groupes thématiques.

Le se réunit une fois par trimestre sous le leadership de la coordination du PNLP pour faire le bilan des activités et valider la feuille de route trimestrielle pour la lutte contre le paludisme tirée du plan de travail annuel de lutte contre le Paludisme. Elle examine l'évolution des indicateurs du Programme au regard des objectifs, des cibles (trimestrielles, semestrielles, annuelles) fixées dans le cadre de performance du plan de Suivi/Evaluation et des ressources mobilisées.

- **Les revues annuelles au niveau national**

La revue annuelle a pour but de présenter aux acteurs, bénéficiaires et partenaires les résultats de la mise en œuvre du Plan de travail annuel du PNLP. Elle permet d'évaluer le niveau de mise en œuvre du plan de travail annuel tiré du Plan Stratégique du Programme (activités réalisées, activités non réalisées, raisons de non réalisation, facteurs de succès, difficultés et contraintes) et de discuter et valider le plan de l'année suivante. Elle passe en revue les indicateurs du Programme au regard des objectifs fixés dans le Plan Stratégique National et des cibles annuelles définies dans le cadre de performance du Plan de Suivi/Evaluation. Le niveau de mise en œuvre et les résultats des projets sectoriels exécutés par les partenaires sont également examinés et validés par cette instance.

Sous l'autorité du Ministre de la Santé, la revue annuelle est organisée au mois de février de chaque année; elle regroupe :

- les services techniques du ministère de la Santé intéressés par la Lutte contre le Paludisme : Santé communautaire, Etablissements de soins, Santé de la Reproduction, Promotion de la Santé, Système National d'Information Sanitaire, Surveillances Epidémiologique ;
- les représentants des Ministères intéressés par la Lutte contre le Paludisme :
- les Directeurs Régionaux de la Santé,
- Les ONGs nationales et internationales de lutte contre le paludisme
- le Secteur Privé
- les institutions de recherche et de formation,
- les partenaires techniques et financiers.
- 

### 6.2.1.3. Analyse des résultats du programme

Les activités de suivis réalisées à chaque niveau de la pyramide sanitaire doivent aboutir à une analyse de performance du Programme qui sera focalisé sur deux aspects importants et distincts :

- La comparaison des résultats prévus aux résultats atteints qui permet de déterminer dans quelle mesure les résultats prévus sont atteints. Le tableau suivant sera utilisé à cet effet.

**Tableau 6 : Analyse des résultats du Programme**

Domaine	Résultats prévus	Résultats atteints	% de réalisation	Remarques, facteurs de succès ou raisons de non réalisation
PEC des Cas	200 centres de santé approvisionnés en CTA	80 centres de santé approvisionnés en CTA	40 %	Rupture de CTA au magasin central
	500 ACS formés sur la PEC du paludisme simple	250 ACS formés sur la PEC du paludisme simple	50%	Manque de ressource financière

- La détermination de l'utilisation ou non des résultats atteints par les bénéficiaires comme prévu par le Programme. Le tableau ci-après sera utilisé pour déterminer le niveau d'utilisation du résultat obtenu

**Tableau 7 : Analyse de l'utilisation des résultats du Programme**

Domaine	Type d'extrait	L'extrait est utilisé			Remarques
		Pleinement	Partiellement	Pas du tout	
Prise en charge des cas	Approvisionnement d'un hôpital en CTA		x		Les prescripteurs prescrivent des antipaludiques non recommandés par le Programme

## **6.2.2. Les outils de suivi :**

Au cours des instances de suivi, le Programme utilise un certain nombre d'outil pour analyser et présenter les résultats obtenus. Il s'agit notamment du tableau de suivi des indicateurs pour suivre les tendances des indicateurs et du tableau de bord pour apprécier le niveau de réalisation des activités.

### **a) Tableau de suivi des indicateurs**

Il s'agit d'un outil important de gestion des données, qui permet d'enregistrer et de suivre les résultats de l'indicateur (objectifs, performance réelle et pourcentage de l'objectif atteint) et ainsi d'orienter la mise en œuvre et la gestion du Programme. Alors qu'un plan de suivi et d'évaluation prépare la collecte, l'analyse, l'utilisation des données du Programme, le tableau de suivi des indicateurs est l'endroit où la mesure continue des indicateurs est enregistrée.

En ce qui concerne la coordination du Programme, le tableau de suivi des indicateurs intègre l'ensemble des indicateurs du cadre de performance permettant de mesurer le niveau d'atteinte des buts et objectifs du Plan Stratégique National. Les projets sectoriels prennent en compte les indicateurs retenus dans leur cadre de performance respectif.

Le responsable Suivi/Evaluation est chargé du remplissage et de la mise à jour régulière de cet outil qui lui permettra de faire le point sur l'évolution des indicateurs au cours des instances de suivi.

Le tableau comprend deux parties :

- b) Le suivi des indicateurs d'impact et d'effet qui permettent de mesurer le niveau d'atteinte du but du Programme en termes de morbidité, de mortalité (voir format tableau N°5)
- c) Le suivi des indicateurs de résultats (Indicateurs Programme) qui mesurent le niveau d'atteinte des objectifs du Programme (voir format tableau N°6).

**Tableau N°8 : But du Programme : suivi des indicateurs d'impact et d'effet**

Lié au but N°	Indicateurs d'impact	Données de Base			CIBLES ANNUELLES								
					AN1			AN2			AN3		
		Valeurs	Année	Sources	Cible Attendue	Cible obtenue	%	Cible Attendue	Cible obtenue	%	Cible Attendue	Cible obtenue	%
1	1												
	2												
2	4												
	<b>Indicateurs d'effet</b>												
1	4												
	5												
2	6												
	....												

**Tableau N°9 : Objectifs du Programme : suivi des indicateurs de résultats**

N° objectif	Indicateurs de résultats	Données de Base			Cibles an 1				Cibles an 2				Cibles an 3			
		Valeur	Année	Source	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1.																
	1.1															
	1.2															
2.																
	2.1															
	2.2															

#### d) Le tableau de bord

Le tableau de bord ou tableau de suivi des activités prévues et réalisées est l'outil qui permet à suivre la réalisation des activités planifiés par le Programme, les DRS/DPS et les partenaires. Il indique pour toutes les activités clés le responsable, la date de début planifié et réalisé, son statut et la date de fin planifiée et réalisé. Il permet d'apprécier l'état d'avancement de chaque activité et d'identifier les retards préjudiciables à l'atteinte des résultats.

Chaque unité du Programme ou des projets sectoriels élabore et met à jour régulièrement un tableau de bord pour suivre les activités planifiées par trimestre.

**Tableau N° 10:** Format tableau de bord

No	Activités clés	Date de début		Statut ou état d'avancement	Date de fin		Responsable	Commentaires/observations
		Planifiée	réalisée		Planifiée	Réalisée		
1	Formation de 30 agents sur la prise en charge des cas de paludisme	15/01/14	15/02/14	Terminé en retard	20/01/14	20/02/14	Unité PEC du PNLP	Retard de décaissement des fonds
2	Formation de 15 microscopistes	28/04/14	28/04/14	Terminé à temps	06/05/14	06/05/14	Unité PEC du PNLP	
3	Supervision des CS	01/03/14		Non réalisé. En retard	30/03/14		Unité PEC du PNLP	Manque de financement

Le tableau de bord est un document dynamique qui est mis à jour régulièrement au fur et à mesure de la réalisation des activités et/ou à des périodes fixes (semaine, quinzaine, mensuel). Il permet à la structure de présenter aux parties prenantes l'état de mise en œuvre des activités planifiées

#### e) Le chronogramme ou calendrier d'exécution des activités

Le chronogramme détermine la période de réalisation des activités prévues. Il est établi par chaque structure pour l'ensemble des activités planifiées par semaine, mois, trimestre sur la base du plan d'action opérationnelle.

Pour faciliter la mesure du niveau de mise en œuvre, le chronogramme décrit les tâches à accomplir, la période planifié, les responsables et les ressources nécessaires à la réalisation effective de chaque activité. Il sert de base à la répartition des tâches du personnel. Il permet au responsable de renseigner le tableau de bord de la structure.

### 6.2.3. Les différents types de suivi

Le Programme assure le suivant des intrants (personnel, finances, matériels ou équipements, médicaments et autres produits de santé) et des résultats de la mise en œuvre des activités (formations, distribution des MILDA, Prise en charge des cas....)

#### a) Le suivi du personnel

La qualité des ressources humaines, leur engagement et leur disponibilité conditionnent l'atteinte des objectifs de toute organisation. C'est pourquoi pour garantir les performances du Programme, le suivi du personnel porte sur les aspects suivants :

- La définition et répartition des tâches ;
- La productivité de service : activités accomplies par rapport aux moyens disponibles ;
- La satisfaction individuelle : mesurée par l'adéquation entre les fonctions exercées réellement et le poste sensé être occupé, les perspectives de promotion, les opportunités de formation ;
- Le climat de travail : atmosphère de dialogue et entente sociale ;
- Conditions matérielles de travail ;
- Horaires et plans de travail.

Conformément au référentiel du Programme, pour assurer le suivi du personnel la coordination du utilise les outils ci-après:

- **La fiche de description de poste** : Comme indiqué dans le référentiel du Programme, cette fiche décrit les rôles et responsabilités de chaque membre du personnel du Programme. Elle indique aussi les qualifications requises pour occuper le poste. Cette fiche doit être affichée dans chaque bureau
- **Le registre de présence journalière** dans lequel est indiquée l'heure d'arrivé et de départ du personnel tous les jours ouvrables de la semaine. Ce registre est tenu par le chef de service administratif et financier qui fait un compte rendu chaque fin de semaine au coordonnateur du Programme.
- **La fiche individuelle de suivi du personnel** sert à documenter les performances des agents à leur poste ainsi que leur comportement au service (relations avec les collègues, les subordonnés et les supérieurs hiérarchiques). Elle est remplie par les supérieurs hiérarchiques, validée par le chef de service administratif et financier et soumise à la coordination
- **Les rapports d'activité** : la qualité des rapports des activités réalisées par le personnel permet aux chefs d'unités et la coordination d'apprécier les performances des personnels

#### b) Le suivi financier

Le but du suivi financier est de s'assurer qu'il existe une transparence dans la gestion comptable et financière et que les règles et procédures d'allocation et d'utilisation des ressources sont scrupuleusement respectées. Il consiste à l'analyse des mouvements de fonds en termes d'entrées et de décaissement.

La coordination du Programme, les contrôleurs et les auditeurs suivent les aspects suivants :

- L'engagement et l'autorisation préalable de toute dépense par la coordination du Programme conformément aux plans d'action ;
- Le non-dépassement des montants engagés et autorisés ;
- Le respect des prévisions budgétaires annuelles ;

- L'adéquation des coûts prévus avec les résultats atteints ;
- La tenue des documents comptables conformément aux règles prévues dans le manuel de procédures de gestion financière et comptable du Programme.

Les contrôleurs et les auditeurs doivent également :

- Vérifier que toute modifications du budget alloué est justifiée ;
- Examiner l'authenticité des pièces justificatives ;
- Déterminer si les lignes budgétaires ont été mieux définies pour répondre aux besoins prioritaires;
- S'assurer que les coûts des activités, des achats d'intrants antipaludiques, de matériels et services sont raisonnables;
- S'assurer que les recettes réalisées sont biens gérés et contribuent à rendre disponibles les produits et à réaliser les activités.

Les procédures de suivi financier et comptables sont décrites dans le manuel de procédures de gestion administrative, financière, et comptable du Programme.

### **c) Le suivi physique des équipements et matériels:**

Cet aspect concerne non seulement l'inventaire physique des réalisations de matériaux et des équipements, mais également l'examen de leur état et leur adéquation par rapport aux besoins, par rapport à l'atteinte des objectifs. Le suivi physique permet de s'assurer que les moyens disponibles sont suffisants et permettent de réaliser les activités prévues afin d'atteindre les objectifs. Cette action nécessite un déplacement sur les sites.

Des outils (registre matière, fiches d'identification, fiches de stocks...) sont prévus dans le manuel de procédure comptable pour le suivi de la gestion des équipements et matériels. Dans ces outils on note les informations essentielles pour le suivi : nom, date de fabrication, date de réception, date d'expiration, provenances, quantité, état (bon ou mauvais)....

Ces outils sont gérés par le comptable chargé du matériel (logisticien) sous la supervision du chef de service administratif et financier. Les contrôleurs internes et les auditeurs sont chargés de la vérification de la bonne tenue des outils conformément au manuel de procédures de gestion administrative, financière et comptable du Programme.

### **d) Le suivi des activités de formation :**

Le suivi des activités de formation a pour but d'obtenir des informations permettant de rationaliser cette activité essentielle du Programme et des autres parties prenantes. Le programme met en place une base de données des formations qui contient les informations indispensables au suivi de cette activité dont la mise à jour régulière permettra de documenter les formations afin de mieux planifier les recyclages et d'éviter les duplications.

Le chargé de la formation met en place une base de données (Tableau EXCEL) qui doit contenir pour chaque formation réalisée, les informations suivantes :

- ✓ Libellé de la formation (titre)
- ✓ Noms, prénoms, qualification (médecin, pharmacien, infirmiers, comptable...), origine, numéros de téléphone des personnes formés
- ✓ Date d'exécution

- ✓ Nombre d'agents formés
- ✓ Aptitude des agents formés (résultats des évaluations)
- ✓ Qualification des animateurs
- ✓ Coût de la formation

En ce qui concerne le **niveau communautaire**, la base de donnée devra contenir une liste exhaustive des agents communautaires formés par région et préfecture et devra fournir les informations suivantes : nom et prénom, numéro de téléphone, région, préfecture, centre de santé, poste de santé, village.

#### e) Le Suivi post formation

Les formations visent à améliorer les compétences des prestataires, des gestionnaires et acteurs communautaires dans la mise en œuvre des stratégies du Programme. Les connaissances et compétences acquises lors de ces formations n'ont pas d'impact sur la qualité des services offerts que dans la mesure où elles sont effectivement appliquées sur le terrain. Dans cette optique, le suivi post-formation est une activité qui permet au Programme d'évaluer dans quelle mesure les connaissances/compétences acquises lors des formations sont effectivement appliquées sur le terrain (points de prestation de services : formations sanitaires, ACS, ONGs/OBCs...).

Le suivi post formation a pour objectifs :

- D'évaluer la performance des agents conformément au contenu de la formation ; il peut s'agir de :
  - La PEC du paludisme en situation réelle : réalisation des procédures de diagnostic, de traitement et de conseils ;
  - La prévention du paludisme : lutte antivectorielle, prévention chez la femme enceinte et chez l'enfant...
  - La gestion des intrants
  - La tenue des outils de gestion
  - La réalisation des activités IEC/CCC mobilisation sociale.
- D'identifier et corriger les lacunes de performance des prestataires à travers des feedback appropriés;
- D'évaluer le niveau d'exécution des plans d'actions opérationnels (PAO) élaborés lors de la formation.

**Méthodologie :** Avant chaque suivi des termes de références basés sur le contenu de la formation dispensée sont élaborés et validés. Une grille prenant en compte les améliorations attendues sert de base à la mise en œuvre de l'activité par les cadres ayant effectué la formation 6 semaines à 3 mois après. La méthodologie consiste à une appréciation de la mise en pratique des connaissances et compétences acquises au cours de la formation à travers :

- Les entretiens avec les responsables des structures ;
- Les entretiens avec les prestataires au niveau des points de prestation ;
- L'observation des prestataires à la tâche;
- L'analyse documentaire (outils de gestion : registres, fiches, rapports statistiques...) des informations sur les prestations et la gestion des intrants.

Au terme des travaux une réunion de restitution rassemblant les responsables du site et les prestataires est organisée pour :

- Analyser les résultats et identifier les points forts et points faibles des prestataires ;
- Définir de manière consensuel les stratégies correctrices des carences constatées;
- Elaborer un plan de résolution des carences.

Le tableau N°8 sert de base à l'élaboration de ce plan.

**Tableau N°11 : Plan de résolution des carences constatées au cours du suivi post formation**

Carences identifiées	Causes	Mesures correctrices	Acteurs	Ressources nécessaires	Période d'exécution

### **f) La Supervision**

La supervision est une activité essentielle du Programme qui vise à s'assurer que les stratégies de lutte contre le paludisme sont mises en œuvre avec la qualité requise à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle permet d'apporter un appui au personnel dans l'accomplissement des tâches en conformité avec les politiques, normes et procédures édictées par le Programme.

Le but de la supervision étant d'améliorer la qualité de l'offre de services, elle doit être formative et intégrée.

Les objectifs sont les suivants :

- Accroître les compétences des agents de santé et des acteurs communautaires dans la mise en œuvre des stratégies de prévention et prise en charge des cas, de l'IEC/CCC, de la gestion des intrants antipaludique et de la gestion des données ;
- S'assurer de l'adéquation entre les services offerts aux populations et la politique, les normes et protocoles du programme ;
- Aider à l'identification et à la résolution des problèmes rencontrés dans la mise en œuvre ;
- Renforcer la motivation du personnel.

La supervision du programme doit être formative intégrée au tant que possible au système de santé à tous les niveaux de la pyramide.

- **Cibles et domaines de la supervision par niveau**

Les visites de supervision sont effectuées au niveau des Direction régionales et préfectorales de santé, structures et agents communautaires de santé par les responsables sanitaires de l'échelon supérieur. La supervision concerne tous les domaines de la lutte contre le paludisme et cible les responsables et prestataires de ces structures conformément au tableau ci-après.

**Tableau N°12 : cibles et domaines de supervision par niveau de la pyramide sanitaire :**

<b>Niveau de la pyramide sanitaire</b>	<b>Cibles de la supervision</b>	<b>Domaines de supervision</b>
Direction régionale de la santé	Equipe cadre de la région	Suivi des activités de la lutte contre le paludisme, gestion des intrants, gestion financière et logistique, élaboration des rapports, suivi des recommandations
Direction préfectorale de la santé	Equipe cadre du district	Suivi des activités de la lutte contre le paludisme, gestion des intrants ,gestion financière et logistique, élaboration des rapports, suivi des recommandations
Hôpital/CMC	Responsable des structures  Prestataire de service (Médecine générale, Pédiatrie, Maternité, Urgences, Pharmacie et laboratoire)  Responsable Pharmacie et point de vente des médicaments	Suivi des activités de la lutte contre le paludisme, élaboration des rapports, TPI, MILDA, PEC palu, Communication, condition de travail, gestion des médicaments et autres intrants, gestion financière et logistique, gestion des déchets, les références, suivi des recommandations,
Centre de santé	Chef de Centre de Santé (CS) le responsable de CPC, CPN, PEV, magasin et point de vente des médicaments , laboratoire (si disponible)	Suivi des activités de la lutte contre le paludisme, élaboration des rapports, TPI, MILDA, PEC palu, Communication, condition de travail, gestion des médicaments et autres intrants, gestion des déchets, les références, suivi des recommandations
Poste de santé	Le Chef de Poste de Santé) le prestataire de CPC, CPN, PEV et le point de vente des médicaments	Suivi des activités de la lutte contre le paludisme, élaboration des rapports, TPI, MILDA, PEC palu, Communication, condition de travail, gestion des médicaments gestion des déchets, suivi des recommandations
Secteur privé	Chef de cabinet ou cliniques (CS) le responsable de CPC, CPN, laboratoire, magasin et point de vente des médicaments	Suivi des activités de la lutte contre le paludisme, élaboration des rapports, TPI, MILDA, PEC palu, Communication, condition de travail, gestion des médicaments et autres intrants, gestion des déchets, les références, suivi des recommandations
Communauté	Agent communautaire de sante  Organisations communautaires de base	Communication, mobilisation sociale, PEC des cas, les références, suivi des activités, gestion des médicaments et autres intrants, gestion des déchets

- **Périodicité de la supervision**

Tableau N°13 : Périodicité de la supervision par niveau de la pyramide sanitaire

Niveau de la pyramide	Centre ou poste de santé vers la Communauté (ASC/OCBs)	Centre de santé vers le poste de Santé	District sanitaire vers les Centres de santé, hôpitaux secteur privé	Régions vers les Districts sanitaires	Niveau national vers les Régions
Périodicité de la supervision	Tous les mois	Tous les 2 mois	Tous les 2 mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois

- **Profil des superviseurs.**

A chaque niveau les superviseurs seront choisis sur la base de critères rigoureux :

- Avoir un niveau de compétence approfondie des stratégies du programme
- Avoir une bonne connaissance de la politique, des normes et procédures du Programme
- Avoir des compétences reconnues en technique de supervision
- Etre membre des équipes nationales, régionales, de districts ou des services, programmes ou partenaires intervenant dans la lutte contre le paludisme.

- **Outils de supervision.**

Les superviseurs utiliseront les outils suivants :

- Une grille de supervision intégrée prenant en compte les compétences du personnel, la gestion des données statistiques, la gestion des intrants, les conditions de travail (motivation du personnel, disponibilité du matériel, des équipements, infrastructures et logistique), la satisfaction des clients;
- La description des postes et de tâches des différentes catégories de personnel supervisées ;
- Les standards, normes et procédures des services.

- **Eléments de la supervision.**

Afin de garantir sa qualité, la supervision est basée sur une grille intégrée et consensuelle qui est utilisée par chaque niveau de la pyramide sanitaire. Cette grille i doit être mise à jour régulièrement en fonction de l'évolution des stratégies de lutte, des problèmes identifiés et des besoins du Programme. Au minimum les éléments suivant doivent faire l'objet de la supervision:

- La qualité de la mise en œuvre des activités de prévention et de prise en charge des cas;
- La disponibilité des intrants et la qualité des matériels, équipements et infrastructures ;
- Les compétences techniques des prestataires sur la prévention, la PEC des cas, la CCC et la gestion des intrants ;
- ;

- La gestion du personnel ;
- Le remplissage des supports de gestion ;
- La gestion des données statistiques des services (collecte, analyse, transmission, prises de décisions).

- **Méthodologie de la supervision**

La supervision se fait en quatre étapes : l'étape préparatoire, la collecte des données auprès du personnel supervisé, la synthèse des données et la restitution

- **Etape1 : phase préparatoire.**

Elle consiste à élaborer et valider les termes de références (TDR) de la supervision, à mobiliser les ressources humaines, financières, logistiques et techniques nécessaires, à élaborer le calendrier et informer les structures concernées. Les TDR et le calendrier doivent être envoyés aux responsables des structures concernées une semaine avant le début prévu de la supervision.

Une réunion regroupant tous les superviseurs doit être organisée avant le départ pour le terrain. Au cours de cette réunion les superviseurs passent en revue, sur la base des TDR, la grille de supervision et harmonisent la méthodologie de travail.

- **Etape 2 : Collecte des données.**

Les données sont collectées par les superviseurs auprès des responsables et prestataires de service à l'aide de grilles de supervision. Cette collecte est faite pendant la CPN (TPI, MILDA, CPS), la consultation primaire curative et les hospitalisations (Prise en charge des cas), la vaccination des enfants (TPIIn, CPS) l'entretien avec les responsables de la structure (suivi des activités, conditions de travail), la visite de la pharmacie et du point de vente (gestion des approvisionnements) et la revue des outils de gestion et de collectes de données (registres, fiches CPN, PEV, carnets, dossiers de patients....)

Au cours de son activité le superviseur apprécie un état, une situation, un comportement en fonction des politiques, normes et procédures de la lutte contre le paludisme résumées dans les grilles de supervision, la fiche de description de poste ou de tâches. Il ne doit pas se limiter à poser des questions, à regarder ou écouter le supervisé mais il doit observer le prestataire en action. Il s'agit plutôt d'un dialogue, d'une observation minutieuse de l'interaction prestataire client/patient qui nécessite une bonne maîtrise des normes de prévention et de prise en charge du paludisme par les superviseurs. L'appréciation de la qualité des données recueillies requiert souvent de la part du superviseur la consultation de rapports, de compte rendus, de guides ou d'autres documents administratifs. La méthodologie de cette collecte des informations permettant l'appréciation par domaine est décrite dans le tableau N°11.

**Tableau N° 14: Thèmes de la supervision par domaine**

Domaines à superviser	Thèmes
Entretien préliminaire avec les responsables de la structure sanitaire	Tenir une séance de travail avec les responsables pour partager les TDR de la supervision, finaliser le plan de supervision, élaborer l'agenda de la supervision, faire le point sur la situation des ressources matérielles et humaines nécessaires à la mise en œuvre du programme, collecter les informations générales, recueillir les suggestions du responsable de la structure et répartir les équipes.
Prestation (CPN, PEV, Prise en charge du paludisme etc..)	<p>Au niveau des services de CPN, PEV, assister à 1-2 consultations pour observer l'interaction prestataire –femmes enceintes ou l'accompagnant ou gardien de l'enfant de 0 à 1 an.</p> <p>Au niveau des services de consultation générale, assister à la consultation de 1-2 malades fébriles pour observer l'interaction prestataire /patient fébrile. Vérifier aussi si les questions appropriées ont été posées et s'il a insisté sur les messages clés/importants. Faire une simulation s'il n'y a pas de patient</p> <p>Vérifier au niveau des outils primaires (Registres, dossiers de malades..) la concordance entre les signes cliniques, les examens paracliniques (TDR, GE...), le diagnostic, le traitement prescrit et l'orientation/conseils.</p> <p>Au niveau des points de vente/distribution des médicaments, vérifier la qualité de la dispensation, Au niveau du magasin, vérifier la concordance entre le stock physique et le stock théorique (sur les fiches de stock) pour les produits traceurs</p> <p><b>Pour chaque service,</b></p> <p>Vérifier la qualité des données sur une période déterminée et la qualité de l'enregistrement ;</p> <p>Vérifier l'utilisation des outils et support de gestion du programme</p> <p>Evaluer le niveau de satisfaction des clients/patients : enquêtes de sortie</p>
Condition de travail	Après l'entretien avec les responsables de la structure, vérifier la disponibilité des outils de gestion; vérifier le niveau de disponibilité des intrants antipaludiques, du matériel et de la logistique nécessaire à la prévention et prise en charge du paludisme.

### Étape 3 : Synthèse des résultats

Après la collecte des données, les superviseurs doivent faire la synthèse des résultats de la supervision. Les données collectées à partir des grilles de supervision seront analysées et comparées aux normes et procédures édictées par le Programme d'attribuer un taux de performance pour chaque domaine.

Dans chaque domaine, les superviseurs attribuent un taux de performance au personnel, identifient les points forts, les problèmes ou contraintes rencontrés. Le tableau suivant sert à faire la synthèse de la supervision.

**Tableau N° 15** : Synthèse de la supervision par domaine

Domaine	Performance en %	Points forts	Points à améliorer
Prise en charge des cas			
----			

**Etape 4 : Restitution de la supervision :**

A l'issu de la supervision les résultats sont présentés aux responsables de la structure et à l'ensemble du personnel supervisé. Cette restitution permet au superviseur de faire un feedback sur les constats de la supervision et de recueillir les avis des personnes supervisées sur les points forts et les carences constatées. Au cours de cette réunion les problèmes identifiés par domaine sont analysés et des mesures correctrices envisagées et traduites en plan d'action pour le renforcement de la lutte contre le paludisme (tableau n°13).

Ce plan doit comprendre les éléments suivants :

- Identification des problèmes ;
- Détermination des causes ;
- Proposition de stratégies de résolution des problèmes (ces stratégies doivent être simples réalistes et réalisables localement) ;
- Identification des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des stratégies correctrices (ressources locales de la structure ou du district) ;
- Détermination des ressources nécessaires pour l'exécution du plan de résolution des problèmes (ressources locales mobilisables) ;
- Détermination de la période d'exécution (période comprise entre deux supervisions) ;
- Vérifier et remplir le cahier de supervision.

**Tableau N° 16:** Plan d'action de résolution des problèmes identifiés par la supervision

Domaine	Problèmes identifiés	Causes	Stratégies correctrices	Acteurs	Ressources nécessaires	Période d'exécution
1. Prise en charge des cas	1.1					
	1.2					
2. MILDA .....	2.1					
	2.2					
3 .....	3.1					

**g) Suivi de la Gestion des stocks**

La mise en œuvre de la gestion des achats et des stocks (GAS) des produits antipaludique est sous la responsabilité de l'Unité Pharmacie et Approvisionnement du PNLP. Le suivi/évaluation

intervient pour s'assurer de la disponibilité et de l'utilisation rationnelle des intrants antipaludiques à tous les niveaux. Pour ce faire 3 indicateurs sont retenus dans le plan national de Suivi/Evaluation :

- 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
- 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
- Quantité d'intrants disponibles au niveau national (Etat, Partenaires) pour la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludiques.

Le suivi des stocks est réalisé à travers les activités ci-après :

- **La supervision** (dont les procédures sont décrites plus haut) au cours de laquelle la qualité de la gestion des intrants est vérifiée au niveau des dépôts (fiches de stocks), et des points de ventes des postes de santé, des centres de santé et des hôpitaux (RUMER : Registre d'utilisation des Médicaments Essentiels et des recettes, fiches de consommation). La supervision vérifie aussi la bonne utilisation des produits (respect des protocoles et guides de traitement).
- **L'enquête de vérification de la disponibilité et de l'utilisation des intrants de lutte contre le paludisme dans les structures sanitaires** (EUV : End Use Vérification) qui permet de vérifier la disponibilité des intrants, leur accessibilité, leur utilisation correcte, d'identifier les problèmes qui se posent dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement, de proposer des actions correctrices et de fournir des informations concernant la prise en charge des cas de paludisme simple dans les formations sanitaires. L'EUV vise à donner des réponses spécifiques à des questions concernant les aspects suivants:
  - Le nombre de structures ayant des ruptures de stock en produits antipaludiques,
  - La quantité de produits périmés stockés dans les structures;
  - La concordance entre les quantités de produits commandés et les quantités reçues,
  - La concordance entre les quantités de produits envoyées et les quantités reçues,
  - La qualité de la formation des prescripteurs,
  - La disponibilité des guides de prise en charge,
  - La disponibilité des guides de gestion,
  - L'usage des moyens diagnostics,
  - La qualité des prescriptions.

L'EUV est organisée tous les trois à six mois avec l'appui des partenaires. La méthodologie est décrite dans un protocole qui définit les objectifs, le cadre de l'étude, le type d'étude, les critères d'inclusion, l'échantillonnage des structures à visiter, les techniques et outils de collecte des données, la planification des activités, le déroulement de la collecte des données, la saisie, l'analyse des données et la rédaction du rapport, la restitution des résultats.

Les résultats du suivi de la gestion des stocks sont présentés et discutés au cours des revues trimestrielle au niveau des régions et annuelle au niveau national

#### **h) Suivi de la mise en œuvre des activités de communication**

Les activités prévues dans le plan de communication du Programme porte sur le plaidoyer, la communication pour le changement de comportement (CCC) et la mobilisation sociale. Les

activités sont menées à travers les mass médias (radio, TV, presse écrite, sites Web) et la communication de proximité (causeries éducatives et les visites à domiciles).

Le suivi se fait à travers i) la production de rapports d'activités des ACs, OBC/ONGs et des formations sanitaires, ii) les rapports d'activités et le monitoring des mass médias, iii) la supervision. Les changements souhaités sont appréciés par les enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des populations cibles.

**Les rapports d'activités des AC, OBC/ONGs et des formations sanitaires** sont intégrés au système d'information du PNLP. Il s'agit de la production d'un rapport mensuel sur le nombre de visites à domiciles et de causeries éducatives réalisées, le nombre d'affiches, de dépliants, boîtes à images et autres aides audiovisuels distribués.

**Les mass médias** soumettent un rapport de diffusion des messages conformément au contrat passé avec le Programme ou les partenaires. L'unité communication du PNLP et/ou le partenaire mettent en place un système de monitoring indépendant avec moniteur dotés de moyens adéquats (radios, TV ...) qui produisent un rapport périodique (hebdomadaire, mensuel, trimestriel) de diffusion des messages.

**La supervision** est intégrée ; elle se fait à travers l'examen des outils de gestion, les entretiens avec les prestataires et les cibles, l'observation à la tâche des prestataires. Elle permet de s'assurer du niveau de réalisation des activités prévues, de la maîtrise des messages, des outils et techniques de communication par les prestataires ainsi que la compréhension des messages par les cibles.

**Les enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP)** sont réalisées tous les 1-2 ans pour apprécier le niveau de compréhension des messages, mesurer le niveau des indicateurs de communication et adaptées les stratégies IEC/CCC. Les procédures de réalisation de ces enquêtes sont décrites dans le chapitre consacré à l'évaluation du présent document.

#### **i) Suivi des activités de lutte antivectorielle (LAV)**

Le suivi de la lutte antivectorielle contre le paludisme concerne la distribution et l'utilisation des MILDA, la Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID) et le suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides.

- **Suivi de la distribution et l'utilisation des MILDA:** il est réalisé à travers :
  - ✓ L'analyse des données issues des rapports statistiques des formations sanitaires pour la distribution de routine aux femmes enceintes et aux enfants (consultations prénatales, Vaccination, consultation curative des enfants de moins de 5 ans) ;
  - ✓ L'analyse des rapports des campagnes de distribution de masse au cours desquelles des outils sont mis en place pour récolter des données sur le nombre de MILDA distribuées, les taux de couverture des localités, des ménages et des populations cibles ;
  - ✓ La supervision qui permet de s'enquérir de la disponibilité des MILDA dans les formations sanitaires et de la qualité de la distribution de routine notamment le respect des cibles et la diffusion des messages d'IEC ; la grille de supervision du Programme prend en compte cette activité ;
  - ✓ Les visites à domiciles par les agents de santé communautaires et les animateurs des ONGs/OBCs constituent des occasions de suivi de la disponibilité et de l'utilisation des MILDA dans les ménages

- **Suivi de la mise en œuvre de la PID** : La PID est organisée sous forme de campagne couvrant les zones ciblées une fois par semestre. Le suivi de cette activité concerne le processus et les résultats de la mise en œuvre des campagnes, le comportement des vecteurs, l'évolution de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme.

✓ **Le suivi du processus et les résultats de la mise en œuvre des campagnes PID:**

Des outils de gestion sont mis en place pour récolter des données sur la disponibilité des ressources (insecticides, matériels de pulvérisation, matériels de protection, entomologistes, agents pulvérisateurs...), le dénombrement des ménages et des structures à pulvériser (bâtiments, cases,...), la proportion de structures pulvérisées, la proportion de ménages ayant bénéficié de la pulvérisation intra domiciliaire, le pourcentage de la population à risque de paludisme protégée par la PID dans les zones ciblées.

Les données sont récoltées par les équipes de pulvérisation sous le contrôle des superviseurs de la campagne et analysées par les entomologistes du Programme et des régions sanitaires pour une prise de décision.

- ✓ **Le suivi du comportement des vecteurs face aux insecticides** est réalisé dans le cadre des études entomologiques réalisées au niveau des sites sentinelles de surveillance (voir procédures de suivis au niveau des sites sentinelles).

#### 6.2.4. Les éléments du rapport de suivi

Le Programme produit des rapports périodiques (mensuel, trimestriel, semestriel, annuel) de suivi à l'attention du Ministère de la santé et des partenaires. Le contenu de ces rapports doit ressortir trois préoccupations essentielles : les mesures de progrès vers la réalisation des objectifs, les problèmes et leurs sources, les actions recommandées pour remédier aux problèmes. De ce fait, le rapport comprendra 3 parties :

**1. Introduction :**

- Rappel du contexte ;
- Les objectifs et les résultats attendus ;
- Les coûts et les sources de financement ;
- Les recommandations et décisions antérieures.

**2. Description de l'état d'avancement des activités du Programme et des problèmes rencontrés :**

- Recenser les principales réalisations par rapport au plan de travail et des objectifs principaux ;
- Mettre en évidence les réalisations par rapport aux moyens disponibles et les impacts découlant des activités en cours ;
- Identifier les problèmes réels et potentiels et expliquer leurs sources.
- Identifier les points forts, les points à améliorer, les leçons apprises et les défis à relever

**3. Recommandations :**

- Identifier et expliciter les actions à entreprendre pour consolider les acquis et résoudre les problèmes tout en précisant « qui doit faire quoi, quand et avec quels moyens? » ;
- Présenter les propositions de solutions dans une optique coût-avantage de façon à ressortir les implications organisationnelles et financières des choix arrêtés.

Les recommandations doivent être transformées en plan d'action pour résoudre les problèmes. Ce plan est présenté sous forme de tableau comme suit

**Tableau 17** : Plan de résolution des problèmes identifiés au cours du suivi

Problème identifié	Causes	Action à entreprendre	Période de mise en œuvre	Ressources	Responsable

### 6.3. PROCEDURES DE SURVEILLANCE AU NIVEAU DES SITES SENTINELLES

La surveillance épidémiologique est un système continu de collecte, de traitement, d'analyse, d'interprétation régulière des données et de dissémination de l'information à ceux qui en ont besoin pour prendre des décisions en rapport avec la gestion de la lutte contre la maladie. Pour leur fonctionnement le Programme a défini des indicateurs à suivre, identifié les lieux d'implantation et les moyens nécessaires (personnel, outils de gestion, matériel, gestion des données). Ces sites doivent avoir un standard minimum à savoir :

- un laboratoire de diagnostic biologique du paludisme avec un microscope fonctionnel et des Tests 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 pavillon d'hospitalisation surtout pour les enfants ;
- un personnel motivé et formé sur le diagnostic, la PEC, la collecte, l'analyse et la transmission des données du paludisme, la surveillance de l'efficacité des antipaludiques, la surveillance de la sensibilité des vecteurs aux insecticides, la pharmacovigilance et le contrôle de qualité des médicaments.

En plus des données recueillies par le système de routine (SNIS) le Programme a mis en place les sites sentinelles de surveillance pour récolter des données sur la morbidité, la mortalité, le suivi de l'efficacité des antipaludiques, le suivi de la sensibilité des vecteurs aux insecticides, la pharmacovigilance et servir de lieu d'application des recherches opérationnelles sur les stratégies de lutte contre le paludisme.

**7.2.1 Le suivi des indicateurs de morbidité et de mortalité** notamment pour les cibles prioritaires (enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes) portant sur :

- Nombre de cas de paludisme simple et de paludisme grave enregistré par semaine et par mois
- Nombre de décès par paludisme enregistré par semaine et par mois
- Données de laboratoires : microscopie, TDR, contrôle de qualité des tests de laboratoire
- Des enquêtes communautaires sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme seront réalisées en collaboration avec les institutions de recherche et les universités.

Les données sont récoltées au niveau des formations sanitaires et des ACS, compilées au niveau DPS et envoyées par Email à la division prévention avec copie au PNL

**7.2.2 Le suivi de l'efficacité des antipaludiques** utilisés dans le traitement et la prévention du paludisme. Conformément au protocole de l'OMS, les études sont réalisées pour déterminer :

- Le taux d'échec thérapeutique
  - Echec Thérapeutique Précoce (ETP)
  - Echec Clinique Tardif (ECT)
  - Echec Parasitologique Tardif (EPT)
- Le taux de Réponse Clinique et Parasitologique Adéquate (RCPA)

Chaque médicament antipaludique retenu dans les protocoles du PNL est testé au moins une fois tous les deux ans Les études sont réalisées en Partenariat entre le PNL et les institutions de recherche locales (Faculté de Médecine, Institut de Santé Publique, Centre de Recherche en Santé

Rurale de Mafereinya,...) et étrangères. Les conclusions tirées de ces études servent de base pour orienter le choix des molécules utilisées dans la prévention et la prise en charge des cas de paludisme en Guinée.

### **7.2.3 Le suivi de la sensibilité des vecteurs aux insecticides**

La façon la plus efficace de réduire la transmission du paludisme consiste à lutter contre les moustiques vecteurs ou à empêcher le contact entre l'homme et le vecteur à travers l'utilisation des MII et la PID. L'OMS préconise une gestion vectorielle intégrée pour lutter contre les moustiques vecteurs du paludisme. La gestion vectorielle intégrée est définie comme un processus rationnel de prise de décisions pour l'utilisation optimale des moyens de lutte antivectorielle. Elle a pour but d'améliorer l'efficacité, la rentabilité, la pertinence écologique et la durabilité de la lutte.

C'est dans ce cadre que le PNLN a élaboré et appliqué des stratégies pour assurer une surveillance entomologique et une surveillance de la résistance au niveau des sites sentinelles. Les paramètres à mesurer pendant les études sont :

- Les heures d'agressivité des vecteurs
- La densité des vecteurs (intérieure/extérieure)
- La résistance des vecteurs aux insecticides (bioessai)
- La résistance des vecteurs aux insecticides (méthodes moléculaires)
- L'identification d'espèce et de forme des Anophèles
- L'Indices sporozoitique
- Le Taux d'inoculation entomologique
- Comportement trophique des vecteurs et le comportement de repos

Le choix des sites retenus pour la surveillance entomologique est basé sur les régions naturelles et les strates épidémiologiques :

- Conakry sur la façade atlantique pour la zone hypoendémique
- Boké en Basse Guinée et Labé en Moyenne Guinée pour la strate mesoendémique)
- Nzérékoré et Kissidougou en Guinée Forestière pour la zone hyperendémique
- Faranah et Kankan en Haute Guinée pour la zone holoendémique.

Les études sont réalisées en Partenariat entre le PNLN et les institutions de recherche nationales et internationales. Pour ce faire un insectarium a été installé au Département de Biologie de l'Université de Gamal Abdel Nasser de Conakry. Trois tests seront réalisés chaque année au niveau de trois sites différents.

### **7.2.4 Le suivi des Effets Indésirables des Médicaments (Pharmacovigilance)**

Dans le but d'assurer la sécurité des patients lors de l'utilisation des produits antipaludiques, les sites sentinelles récoltent des données sur le nombre et le degré de gravité des Effets Indésirables du Médicament (EIM) afin de permettre :

- Une identification des facteurs de risque et des mécanismes pouvant expliquer ces effets
- Une évaluation du rapport bénéfice/risque des médicaments
- Une diffusion des informations nécessaires à l'amélioration de la prescription et de la réglementation du médicament

Le système est géré en collaboration avec la section pharmacovigilance de la Direction de la Pharmacie et du Laboratoire. Une fiche de notification des effets secondaires est mise en place

pour détecter et notifier précocement au cas par cas les effets secondaires et les cas d'erreur médicamenteuse.

### **7.2.5 La recherche opérationnelle sur les stratégies de lutte contre le paludisme et Formation.**

Des recherches opérationnelles sur les stratégies de lutte contre le paludisme peuvent être réalisées au niveau des sites sentinelles. Ces sites constituent des lieux d'application des études réalisées par les universités et institutions de recherche, les étudiants en situation de thèse et chercheurs indépendants. Ils doivent servir également de lieux de stage pour la formation continue du personnel de santé et des étudiants en médecine, pharmacie, biologie médicale, entomologie...

## **6.4. PROCEDURES POUR L'EVALUATION**

L'évaluation du Programme est une appréciation systématique et objective de sa politique et de son plan stratégique (en cours ou terminé) dans leur conception, mise en œuvre et les résultats obtenus. Le but est de déterminer la pertinence, l'accomplissement des objectifs, l'efficacité, l'impact et la durabilité.

### **6.4.1. Critères d'évaluation**

Conformément au cadre logique de Suivi/Evaluation, au cours des évaluations du Programme les critères ci-après doivent être respectés :

- a) Evaluer l'efficacité des apports et activités du Programme :
  - Les intrants antipaludiques, matériels et logistiques ont-ils été achetés et livrés de façon économique ?
  - Des stocks de produits sont-ils disponibles en temps voulu ? Les quantités et la qualité étaient-elles suffisantes ?
  - Les activités ont-elles été mises en œuvre conformément au plan d'action et au budget prévisionnel?
- b) Evaluer l'efficacité des produits obtenus à l'issue de la réalisation des activités
  - Dans quelle mesure les objectifs du plan ont-ils été atteints ?
  - Les produits ont-ils mené aux réalisations souhaitées ?
- c) Evaluer dans quelle mesure les réalisations ont permis d'obtenir les impacts souhaités
  - Quels changements (effets, impacts) le programme a-t-il apporté ?
  - Y a-t-il eu des changements imprévus ou non souhaités ?
- d) Evaluer la durabilité des effets et des impacts obtenus
  - Les effets bénéfiques sont-ils susceptibles de durer longtemps après la fin des interventions ?
- e) Evaluer la pertinence des objectifs du Programme
  - Les objectifs étaient-ils adaptés aux besoins des bénéficiaires et conformes aux politiques du Programme ?

### **6.4.2. Méthodes et procédures d'évaluation**

L'évaluation vise à fournir des informations crédibles et utiles permettant d'intégrer les leçons apprises et l'expérience acquise dans le processus de décision. Les constatations et conclusions auxquelles elle aboutit permettent aux gestionnaires, bénéficiaires, partenaires, donateurs et autres

parties prenantes du Programme de tirer des enseignements et d'améliorer le financement et les interventions futures.

Les évaluations sont effectuées à des moments précis, pour examiner comment les activités prévues dans le Plan Stratégique National et les plans opérationnels se sont déroulées et quels ont été leurs effets. Pour ce faire le Programme prévoit de mettre en œuvre les méthodes et procédures d'évaluation ci-après :

- **L'évaluation à mi-parcours**

Elle est conduite au milieu de la période de mise en œuvre du Plan Stratégique Nationale (troisième année sur cinq). Elle permet de faire le point sur la mise en œuvre des actions prévues et le niveau d'atteinte des cibles attendues pour chaque objectif du Plan Stratégique National.

Le but recherché est d'une part de s'assurer de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience des stratégies et activités et d'autre part d'identifier les forces, faiblesses, opportunités et menaces qui influent sur les résultats attendus par période (cibles) et les objectifs fixés dans le PSN.

Cette évaluation va intéresser tous les aspects du Programme : Gestion de Programme, Gestion des Achats et Stocks(GAS), Lutte Antivectorielle, Prise en Charge des Cas, Prévention chez la femme enceinte, prévention chez l'enfant, gestion des épidémies et urgences, Communication, Suivi/Evaluation.

Conformément aux recommandations de l'OMS la méthodologie utilisée est la Revue de Performance du Programme (RPP) qui se déroule en quatre étapes :

- ✓ La phase de planification de la revue
- ✓ L'évaluation documentaire thématique interne
- ✓ Les Évaluations conjointes de terrain
- ✓ L'élaboration du rapport final suivi des recommandations, mise à jour du plan stratégique.

Toutes les étapes de la revue sont menées de manière inclusive avec la participation de toutes les parties prenantes : acteurs de terrains, ministère de la santé, ministères intéressés par la lutte contre le paludisme, institutions de recherches, partenaires techniques et financiers. Elle est réalisée avec l'appui technique des experts internationaux notamment de l'OMS.

Produit finaux:

- ✓ Rapports thématiques par domaine du Programme
- ✓ Rapport final d'évaluation

- **L'évaluation finale**

Menée au terme de la mise en œuvre du Plan stratégique National pour évaluer la mesure dans laquelle les objectifs prévus ont été atteints, elle se fera à travers la Revue de Performance du Programme (RPP). Il s'agit d'une analyse collaborative du Programme National de Lutte contre le Paludisme en vue d'améliorer les performances opérationnelles et d'atteindre les objectifs en termes de couverture des interventions et d'impact. Elle inclut tous les partenaires et toutes les parties prenantes de la lutte contre le paludisme au niveau national, régional, préfectoral et communautaire.

A l'occasion de cette revue la performance du programme est évaluée de manière à identifier les réalisations en termes de résultats et d'impacts, les bonnes pratiques et les enseignements, les questions critiques, les problèmes et leurs déterminants. Elle aboutit à des propositions de solutions afin d'améliorer l'exécution du Programme et si nécessaire de procéder à des révisions. Le but final étant le renforcement des structures, des systèmes et des moyens pour atteindre une plus grande équité, une couverture améliorée, une meilleure qualité et des interventions efficaces de lutte contre le paludisme

Cette évaluation va intéresser tous les aspects du Programme : Gestion de Programme, Gestion des Achats et Stocks (GAS), Lutte Antivectorielle, Prise en Charge des Cas, Prévention chez la femme enceinte, prévention chez l'enfant, gestion des épidémies et urgences, Communication, Suivi/Evaluation.

Conformément aux recommandations de l'OMS la méthodologie utilisée est la Revue de Performance du Programme (RPP) qui se déroule en quatre étapes :

- ✓ La phase de planification de la revue
- ✓ L'évaluation documentaire thématique interne
- ✓ Les Évaluations conjointes de terrain
- ✓ L'élaboration du rapport final suivi des recommandations, mise à jour du plan stratégique.

Les différentes étapes de la revue sont menées de manière inclusive avec la participation de toutes les parties prenantes : acteurs de terrains, ministère de la santé, ministères intéressés par la lutte contre le paludisme, institutions de recherches, partenaires techniques et financiers. Elle est réalisée avec l'appui technique des experts internationaux notamment de l'OMS.

Produit finaux:

- ✓ Rapports thématiques par domaine du Programme
- ✓ Rapport final d'évaluation,
- ✓ Aide-mémoire signé par le Gouvernement et les partenaires.

#### • **Les enquêtes et études d'impacts :**

Pour mesurer les indicateurs de couverture et d'impact des interventions le Programme prévoit de réaliser périodiquement des enquêtes et études d'impact. Les enquêtes auprès des ménages sont le moyen le plus adapté pour surveiller la couverture des interventions MI et des traitements antipaludiques au sein de la population à risque.

Conformément aux recommandations internationales (RBM/MERG, OMS) trois principaux types d'enquête sont utilisés dans le cadre Programme :

- ✓ **Enquêtes démographiques et de santé (EDS) et Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS)** Il s'agit d'enquêtes représentatives sur le plan national auprès des ménages choisies selon un schéma d'échantillonnage par grappes à plusieurs degrés. Elle est réalisée tous les 5 ans par l'INS avec l'appui des partenaires. En ce qui concerne le paludisme les indicateurs mesurés incluent :
  - la mortalité chez les moins de 5 ans quelle qu'en soit la cause,
  - la prévalence parasitaire (GE) chez les enfants de moins de 5 ans,
  - le suivi du traitement antipaludique par les enfants de moins de 5 ans avec fièvre,

- la possession et l'utilisation de MII,
- le suivi du traitement préventif intermittent par les femmes enceintes,
- la prévalence de l'anémie par le dosage de l'hémoglobine chez les enfants de moins de 5 ans.

Le Programme peut inclure d'autres indicateurs qu'il juge utile en fonction de l'évolution des stratégies de lutte et des besoins en information.

#### ✓ **Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (Malaria Indicator Survey : MIS)**

Pour compléter la collecte de données standard, l'enquête MIS sera réalisée au niveau national tous les 2 à 3 ans entre deux EDS. L'échantillon de l'enquête MIS est plus petit que celui des EDS et MICS car l'enquête MIS vise essentiellement à surveiller la couverture des interventions et non la mortalité infantile. Moins onéreuse que les EDS ou MICS, l'enquête MIS peut également être menée au niveau des régions ou des districts si besoin est.

Pour des raisons opérationnelles, les enquêtes EDS et MICS sont menées pendant la saison sèche et donc en dehors de la plus forte période de transmission du paludisme. Les enquêtes MIS doivent, au contraire, cibler la saison de transmission, et être combinées à des mesures de l'hémoglobine et de la prévalence des parasites qui constituent des indicateurs pertinents de l'intensité du paludisme et de son impact sur les populations.

#### ✓ **L'enquête annuelle de couverture.**

Cette enquête, plus légère, permettra de mesurer le niveau d'atteinte des cibles annuelles des indicateurs de couverture des principales interventions de prévention et de prise en charge comme prévu dans le Plan National de Suivi/Evaluation. Les résultats permettront au Programme de connaître les changements survenus au niveau des zones couvertes afin d'adapter les réponses en vue de la mise en œuvre d'actions efficaces et de l'utilisation efficiente des ressources.

L'enquête de couverture sera organisée chaque année en dehors des années au cours desquelles a lieu l'enquête EDS/MICS ou MIS. Elle sera réalisée par un bureau d'étude national choisit par appel à candidature ouvert conformément aux règles de passation de marché prévues dans le manuel de procédures administratives et comptables.

Les indicateurs à mesurer seront ceux prévus dans le cadre de performance du Programme. Les besoins spécifiques en informations des parties prenantes notamment en ce qui concerne les cadres de performance des projets financés par les partenaires pourront être pris en compte.

#### ✓ **Les enquêtes sur les Connaissances Attitudes et Pratiques (CAP)**

Les facteurs socioculturels, économiques et les difficultés d'ordre programmatique peuvent limiter l'adoption des pratiques adéquates par les populations. C'est pourquoi, conformément aux recommandations de l'OMS, le Programme procédera périodiquement (1-2 ans) à des enquêtes pour évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des populations bénéficiaires en matière de paludisme. Les résultats seront utilisés pour améliorer la conception et la mise en œuvre des stratégies de lutte contre le paludisme surtout en ce qui concerne la communication et les interventions à base communautaire. Ces enquêtes aideront également à mesurer le niveau de certains indicateurs d'efficacité des stratégies particulièrement en ce qui concerne les effets (changement de comportement) des programmes d'IEC/CCC.

Dans le but d'orienter les stratégies de communication, ces enquêtes porteront notamment sur la compréhension des populations sur le paludisme, sa transmission, la reconnaissance des signes et symptômes, les perceptions sur les causes, les recours aux soins, l'efficacité de la prise en charge des cas, des mesures et des pratiques préventives, l'influence des facteurs socio-économiques et culturels.

L'enquête CAP sera réalisée par un bureau d'étude national choisit par appel à candidature ouvert conformément aux règles de passation de marché prévues dans le manuel de procédures administratives et comptables.

### ✓ **Recherches opérationnelles**

L'unité SE et Recherche du Programme a pour rôle d'impulser et de coordonner les activités de recherche sur le paludisme. En collaboration avec les institutions de recherche (Universités, Instituts) et chercheurs indépendants, elle est chargée d'identifier les pistes de recherches et les opportunités de financement. A cet effet, le PNLP établit des conventions de collaboration avec les institutions de recherche spécialisées pour mener des recherches dans les principaux domaines :

- Evaluation et surveillance de la flore anophélienne;
- Evaluation et surveillance de la sensibilité des vecteurs aux insecticides ;
- Evaluation et surveillance de l'efficacité des antipaludiques sur les parasites ;
- Paludisme et pathologies associées ;
- Etude du paludisme grave ;
- Surveillance épidémiologique ;
- Evaluation des méthodes diagnostiques ;
- Chimio prophylaxie du paludisme ;
- Etude des déterminants socioculturels/économiques ;
- Recherche sur les plantes médicinales....

## **6.5. CONTROLE DE QUALITE DES DONNEES**

### **6.5.1. Réduire les biais et les erreurs**

Le suivi et l'évaluation permettent au Programme et à toutes les parties prenantes de remplir l'obligation de rendre compte aux bénéficiaires, à la hiérarchie et aux donateurs. Pour respecter cette obligation le système de suivi et d'évaluation doit être capable de fournir des données **précises, fiables et crédibles** aux yeux des parties prenantes. La prévention des biais est donc un aspect essentiel du suivi et de l'évaluation.

Les acteurs du système de suivi et d'évaluation doivent être conscients du fait que *l'exactitude et la précision d'une mesure peuvent être biaisées soit par l'expérience, la perception et les suppositions de l'analyste, soit par les outils et les méthodes utilisées pour la mesure et l'analyse.*

*L'exactitude signifie que les données mesurent ce qu'elles sont censées mesurer.* Par exemple, pour mesurer les progrès accomplis lors d'une session de formation, le fait de prendre en compte la présence et le nombre de participants n'est pas suffisant exemple sur les données. Il faut obligatoirement procéder à un test pour évaluer les connaissances acquises. Réduire les biais contribue à accroître l'exactitude et la précision

*La précision signifie que la mesure des données peut être répétée, de manière fidèle et systématique, à des moments différents et par des personnes différentes.* Par exemple, si l'on effectue, dans le cadre d'une étude de référence, une enquête visant à appréhender l'utilisation des MILDA, il faut, pour garantir la précision, mener la même plus tard dans le cadre d'une étude finale.

Des mesures doivent être prises pour éviter :

- **Le biais de mesure découle d'une mauvaise mesure des données – imputable soit à une défaillance de l'instrument de mesure, soit à la personne chargée de la collecte de données ;**
- **Le biais de sélection** (*biais de conception* ou *erreur d'échantillonnage*) découle d'une mauvaise sélection de l'échantillon de population ;
- **L'erreur de traitement** découle d'une mauvaise gestion des données – erreur de codage des données, mauvaise saisie des données, mauvaise programmation de l'ordinateur et contrôle insuffisant ;
- **Le biais d'analyse** découle d'une mauvaise analyse des données collectées.

Le tableau ci-après résume les activités de contrôle de qualité prévues par le Programme pour éviter les biais dans la gestion des données et garantir que le système de suivi/évaluation produit des informations précises, fiables et crédibles.

**Tableau N°18: Méthode pour assurer la qualité par domaine**

Domaine	Activités de contrôle de qualité
<b>Pour les données de routine</b>	
Collecte des données	Utilisation d'outils standards, formation du personnel au remplissage, supervision de la qualité de remplissage des outils de collecte des données (existence et tenue des outils de gestion adaptées, exhaustivité, complétude des données, conformité des données de terrain avec le rapport reçu)
Traitement des données	Compilation et organisation des données en terme de temps, de lieu et de personne (selon la désagrégation). Pour cela, un agent formé sera responsabilisé à chaque niveau. Il sera chargé de vérifier au préalable les rapports avant leur compilation et utilisera pour ce faire du matériel adapté (calculatrice, ordinateur, source d'énergie, imprimante)
Analyse et interprétation des données	Dégager les tendances constatées en fonction des indicateurs recommandés afin d'orienter la prise de décision. A cet effet le matériel approprié sera utilisé (calculatrice, ordinateur, imprimante, logiciels (Excel, Epi-Info, Health-Mapper, Word, SPSS, Power Point, RAMIS)
Validation des données :	Apporter sur place les corrections des erreurs constatées dans les rapports. Elle sera effectuée au cours des supervisions internes ou externes et du monitoring
Diffusion des résultats	Requiert la promptitude requise à l'endroit de tous ceux qui ont besoin de l'information y compris le feed-back à tous les niveaux.
<b>Pour les enquêtes, études et recherche</b>	
Préparation	En fonction de chaque étude/enquête à réaliser, un manuel incluant le protocole et les termes de référence sera développé par l'unité de suivi/évaluation du programme en collaboration avec l'institution ou la structure apportant l'appui technique)  Validation du protocole d'enquête par un comité technique (GTSE)  validation du protocole par le comité d'éthique,
Collecte des données :	Validation du plan de collecte de données  Pré test et validation 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,  codage
Traitement, analyse et interprétation des données	Validation du plan d'analyse  Utilisation d'un matériel (calculatrice, ordinateur) et des logiciels adaptés,  utilisation d'un personnel qualifié
Rapport technique	Validation par un comité technique national (GTSE)

## **6.6. PROCEDURES POUR LA CONSERVATION ET L'ARCHIVAGE DES DONNEES**

Les données collectées par le système de Suivi/Evaluation évaluation sont conservées pour permettre leur utilisation pour la planification de la riposte nationale contre le paludisme et la recherche opérationnelle et fondamentale. Le Programme met en place des procédures pour la mise en place de bases de données électroniques fonctionnelles et l'archivage des documents papiers.

### **6.6.1. Mise en place et gestion des bases de données**

**La mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme exige que le PNLP** travaille avec plusieurs acteurs et décideurs à différents niveaux d'intervention. Ces acteurs et décideurs ont besoins d'être informé en temps réel sur les réalisations et les résultats obtenus. Pour répondre à cette attente, le Programme met en place un dispositif fonctionnel pour fournir en temps réel les informations nécessaires à la prise de décisions rapide et efficace.

C'est pour faire face à cette exigence que l'unité SE est chargée de la conception et de l'installation d'une base de données qui permet de stocker les données récoltées et de générer les informations permettant de satisfaire aux besoins du PNLP et de ses partenaires. Il s'agit de concevoir et développer une application informatisée de gestion de base de données et toute la documentation de la dite application, y compris les guides d'utilisation, guides d'instructions, notes techniques et toutes autres informations nécessaires à son utilisation efficace.

La base de données doit satisfaire à un certain nombre de critères :

- Prendre en compte tous les domaines de la lutte contre le paludisme : Gestion du programme, Gestion des achats des stocks, Lutte antivectorielle, Diagnostic et prise en charge du paludisme, Interventions de Prévention Spécifiques (TPIg, TPIIn), Alerte et réponse aux épidémies de paludisme et aux urgences, Plaidoyer, information, éducation, communication et mobilisation communautaire, Épidémiologie, surveillance, suivi, évaluation et recherche opérationnelle ;
- Prendre en compte tous les indicateurs prévus dans la matrice des indicateurs de SE du Plan de SE du Programme ;
- Etre capable de fournir des statistiques en temps réel et de procéder à des retro-information
- Etre une base de données relationnelle compatible et complémentaire avec celle du SNIS avec une possibilité de décentralisation au niveau des régions et des districts sanitaires. ;
- Etre compatible avec les Nouvelles Technologies de l'information et de la communication afin de permettre des mises en réseau avec le SNIS, les DPS, DRS et autres partenaires ;
- Etre capable de générer les tableaux, graphiques et cartes (cartographie) nécessaires à l'analyse des données.

Le gestionnaire de données de l'unité suivi/évaluation du Programme est l'administrateur des bases de données centrales et décentralisées. Sous la supervision du chef d'unité SE, il doit en collaboration avec le SNIS et les chargés de statistiques des régions et districts sanitaires s'assurer que les données sont entrées (saisie) et les sorties régulièrement assurées pour satisfaire les besoins en information. Il est responsable de la maintenance de la base, de sa sécurité et de sa mise à jour régulière afin de l'adapter aux évolutions technologiques, aux changements de stratégies de lutte contre le paludisme et aux besoins en informations.

## 6.6.2. Archivage des données

L'ensemble de documents produits (papiers ou électronique) par le système de suivi évaluation (rapports statistiques, rapports de supervision, d'évaluation, d'enquêtes, de recherche, de revue, d'audits...) sont classés et conservés pendant au moins 10 ans pour des consultations éventuelles.

L'archivage a pour but de permettre :

- un accès rapide à tous les documents ou dossiers
- un gain de place dans les bureaux
- une sécurité de l'information,
- une continuité et la transparence des services
- une conservation matérielle de qualité des documents dans des conditions optimales d'humidité, de température et de luminosité.

**Documents papiers :** Chaque unité du Programme et toutes les structures décentralisées (DRS, DPS, Hôpitaux, centres de santé) doivent disposer d'un espace pour conserver les documents (armoire avec étagères, classeurs). Un local approprié est aménagé pour conserver les archives.

Le responsable des archives au niveau du Programme et les statisticiens des DPS et DRS sont chargés de la gestion des documents archivés. Ils mettent en place un fichier pour enregistrer tous les documents archivés. A cet effet tous les documents sont étiquetés, numérotés et classés par :

- Domaine : rapports statistiques, rapports de supervision, rapports d'évaluation, rapports d'enquête, rapports de formation, ...
- Provenance: districts sanitaires, régions, partenaires, ONGs, ...
- Période : mois, année.

Pour la consultation sur place ou le prêt des documents le responsable des archives met en place un système qui permet d'identifier les utilisateurs (nom et prénom, fonction, adresse, email, numéro de téléphone) et de sécuriser les documents (titre, numéro du document consulté ou prêté, durée du prêt...).

Les documents doivent être à l'abri de toute manipulation en réglementant l'accès et l'utilisation des documents archivés.

**Documents électroniques :** Les DPS, DRS, la Coordination et chaque unité du Programme doivent disposer de disques durs avec une taille suffisante pour la conservation des données électroniques (backup). L'enregistrement des données est effectué au moins une fois par semaine. Le gestionnaire de données du Programme et les chargés des statistiques des DPS et DRS sont chargés de la supervision de cette activité.

## 6.7. GESTION DES RISQUES.

### 6.7.1. Répertoire et analyse des risques potentiels

Dans le but d'identifier les facteurs endogènes ou exogènes susceptibles d'entraver la mise en œuvre du Plan Stratégique National, le Programme doit procéder à une analyse approfondie de l'environnement (interne et externe) afin de :

- Identifier et décrire les risques éventuels ;

- Evaluer leur impact attendu ;
- La probabilité de survenus et la période probable de leur survenue ;
- Les actions requises et les moyens mobilisés (humains, financiers, matériels) pour les maîtriser ou les réduire.

### 6.7.2. Plan d'action pour prévenir et gérer les risques

L'analyse des risques doit aboutir à la mise en place d'un plan d'action pour gérer les risques qui précise la date de notification, le responsable de la gestion du risque identifié et la date de la clôture.

**Tableau N° 18 : Plan d'action pour le suivi et la gestion des risques.**

N°	Description du risque	Impact	Probabilité de survenue	Actions pour réduire le risque	Date de notification	Responsable de la gestion du risque	Date de clôture

# Annexes

- Outils de collecte des données de routine :instructions de remplissage des outils
- Grilles de supervision
- Outils de monitoring
- Modèle de rapport technique.

## RAPPORT MENSUEL SUR LE PALUDISME (page 1 sur 2)

Mois/année :   
 CS/CMC/Hôpital :

Population totale:   
 Population couverte:

DPS/DCS:   
 DRS/DSVCO :

Nbre de structures/services:   
 Nbre de rapports compilés:

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	Patients consultés - toutes causes confondues	Cas suspects de Paludisme					Cas testés			Cas confirmés			Cas traités avec CTA		Cas graves traités		Total cas traités	Total cas référés	
		Simple		Grave		Total	Microscopie	TDR	Total	Microscopie +	TDR +	Total	M	F	M	F			
		M	F	M	F														
A	Nbre enregistré par la (les) structure(s)						0			0			0					0	
B	Nbre enregistré par les AC						0			0			0					0	
C	Nbre total enregistré par les AC et structure(s) = A+B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	Total décès						0												
E	Nbre enregistré par la (les) structure(s)						0			0			0					0	
F	Nbre enregistré par les AC						0			0			0					0	
G	Nbre total enregistré par les AC et structure(s) = E+F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H	Total décès						0												
I	Nbre enregistré par la (les) structure(s)						0			0			0					0	
J	Nbre enregistré par les AC						0			0			0					0	
K	Nbre total enregistré par les AC et structure(s) = I+J	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
L	Total décès						0												
M	Nbre total de femmes enceintes vues en CPN																		
N	Nbre de femmes enceintes ayant reçu la 1ère dose de SP																		
O	Nbre de femmes enceintes ayant reçu <b>au moins</b> 3 doses de SP																		
P	Nbre de personnes touchées par les séances de sensibilisation :						0												

Structures:

AC :

ONG/OCB locales :

**RAPPORT MENSUEL SUR LE PALUDISME (page 2 sur 2)**

19                      20                      21                      22                      23                      24                      25                      26                      27

**Gestion des produits antipaludiques administrés/utilisés**

Produits	Unités de compte	Stock disponible au début du mois	Qté totale reçue dans le mois (entrée)	Qté livrée aux AC	Qté livrée aux PS	Qté consommée (CS/Hôpital)	Qté totale périmée/altérée/perdue	Stock disponible utilisable à la fin du mois (CS/Hôpital)	Qté à proche péremption (< 6 mois)	Nbre de jours de rupture de stock (≤ 30)
Q TDR	Tests							0		
R AS-AQ nourrisson (2-11 mois)	Blisters (kits de traitements)							0		
S AS-AQ petit enfant (1-5 ans)								0		
T AS-AQ grand enfant (6-13 ans)									0	
U AS-AQ adulte (≥ 14 ans)									0	
V Artémether-Lumefantrine (AL)									0	
W Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP)		Comprimés							0	
X Artésunate inj.	Ampoules							0		
Y Artémether inj.								0		
Z Quinine inj. 300 mg/ML	Ampoules de 2 mL							0		
Z.a Quinine cp. 300 mg	Comprimés							0		
Z.b MILDA	Unités							0		

Qté TOTALE consommée = Qté livrée aux AC + Qté livrée aux PS + Qté consommée (CS/Hôpital)
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0

Rapport élaboré par :

Fonction/institution :

Signature :

Téléphone :

Date élaboré :

Rapport approuvé par :

Fonction/institution :

Signature :

Téléphone :

Date d'envoi :

## GUIDE DE REMPLISSAGE DU RAPPORT MENSUEL DU PALUDISME SNIS/PNLP

Le PNLP en collaboration avec le Projet SIAPS et les DRS et DPS ont validé **un calendrier mensuel pour le rapport épidémiologique et la gestion des produits antipaludiques** afin de mesurer l'impact de tous les financements et leurs effets en termes de résultat et d'atteinte des objectifs.

Le présente guide a pour but de permettre une harmonisation de remplissage correct des fiches de collecte de données mises à la disposition des gestionnaires des structures de santé du public, privé, confessionnel et de la communauté.

Ce rapport doit être rempli chaque mois par les formations sanitaires de tous les niveaux (centres de santé, CMC/CMS et hôpitaux préfectoraux, régionaux et nationaux). Après le remplissage :

-Une copie dure va rester dans la structure (avec la date d'envoi et la signature), en cas de supervision. Les deux autres copies seront envoyées à la DPS/DCS.

-La DPS/DCS va saisir les données en Excel en utilisant le modèle standard du PNLP et va envoyer ces données par courriel au PNLP, SNIS et la DRS/DSVCO en même temps.

-En plus, la DPS/DCS va envoyer une copie dure au PNLP et garder l'autre.

**IMPORTANT** : Ce nouveau canevas est de 2 pages. Il remplace l'ancien rapport SNIS du Paludisme aussi bien que le rapport PNLP sur la gestion des produits antipaludiques. Toute autre modèle de rapport mensuel du Paludisme utilisé dans le passé sera éliminée.

### I. LES RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

- **Mois/année** : Le mois rapporté (pas le mois de *transmission* du rapport)
- **CS/CMC/Hôpital** : Le nom de la structure
- **Population totale** : La population de la ville ou de la sous-préfecture
- **Population couverte** : Population couverte par la structure concernée
- **DPS/DCS** : Le District sanitaire où se trouve la structure
- **DRS/DSVCO** : La Région sanitaire où se trouve la structure
- **Nombre de structures/services** :
  - **Instructions pour les CS** : fournir le nombre total des structures qui devraient envoyer des rapports au CS (le centre de santé plus les postes de santé)
  - **Instructions pour les CMC/Hôpitaux** : fournir le nombre total des services techniques de l'établissement
- **Nombre de rapports compilés** :
  - **Instructions pour les CS** : Parmi le nombre total des structures (CS et PS), combien ont envoyé des données pour le rapport du paludisme ce mois ?
  - **Instructions pour les CMC/Hôpitaux** : Parmi les services techniques, combien ont envoyé des données pour le rapport du paludisme ce mois ?

**N.B.** Le canevas est divisé en colonnes (1, 2, 3, etc.) et lignes (A, B, C, etc.)

### DONNEES SUR LA PRISE EN CHARGE :

Les lignes A-P désignent les différentes catégories d'informations à fournir :

- **Enfants de moins de 5 ans** : (A) Nombre enregistré par la structure, (B) Nombre enregistré par les AC, (C) Nombre total enregistré par les AC et la structure, (D) Total décès
- **Patients de 5 ans et plus** (sans compter les femmes enceintes) : (E) Nombre enregistré par la structure, (F) Nombre enregistré par les AC, (G) Nombre total enregistré par les AC et la structure, (H) Total décès
- **Femmes enceintes** : (I) Nombre enregistré par la structure, (J) Nombre enregistré par les AC, (K) Nombre total enregistré par les AC et la structure, (L) Total décès
- **Lignes M-O** : (M) Nombre total de femmes enceintes vues en CPN, (N) Nombre de femmes enceintes ayant reçu la 1ère dose de SP, (O) Nombre de femmes enceintes ayant reçu *au moins* 3 doses de SP

(trois doses et plus)

- **Ligne P** : Nombre de *personnes* touchées par les séances de sensibilisation (fournir le total, mais aussi le nombre de personnes sensibilisées par la structure, par les AC, et par les ONG/OCB).
- ✓ Pour chaque ligne A-L, fournir les informations des colonnes 1 – 18 :
- **Total patients consultés (toutes causes confondues)** : (1) C'est l'ensemble des malades examinés pendant le mois pour tous motifs de consultation (premiers contact pour les CS, AC et Consultation externe pour l'hôpital).
- **Cas suspects de Paludisme** : (2 et 3) Nombre de cas de paludisme simple (par sexe), (4 et 5) Nombre de cas de paludisme grave (par sexe), (6) Nombre total des cas de paludisme = colonne 2+3+4+5
  - Pour les cas suspects, inclure le diagnostic clinique et confirmé
  - Non applicable : Décès - paludisme simple
- **Cas testés** : (7) Nombre de cas testé par microscopie au laboratoire, (8) Nombre de cas testé par test de diagnostic rapide (TDR), (9) Nombre total de cas suspects testé par microscopie et TDR = colonne 7+8
- **Cas confirmés** : (10) Nombre de cas confirmé par microscopie au laboratoire ; (11) Nombre de cas confirmé par TDR ; (12) Nombre total de cas confirmé par microscopie et TDR = colonne 10+11
- **Cas traités avec CTA** : (13 et 14) Nombre de cas traité avec CTA (par sexe)
- **Cas graves traités** : (15 et 16) Nombre de cas graves traité (par sexe)
- **Total cas traités** : (17) Somme de cas traité avec CTA et de cas graves traité = colonne 13+14+15+16
- **Total cas référés** : (18) Nombre total de cas référés (par les CS vers les Hôpitaux, ou par les AC vers les structures).

## II – GESTION DES PRODUITS ANTIPALUDIQUES :

La gestion des produits antipaludiques concerne les informations relatives à l'approvisionnement, l'utilisation et la conservation au niveau des structures de santé. Elle porte sur les éléments dans les colonnes suivantes :

- (19) Stock disponible utilisable au début du mois = la quantité de produits disponibles **au magasin** ;
- (20) Quantité totale reçue par la structure dans le mois (entrées) : l'ensemble des produits antipaludiques reçus de toutes provenances ;
- (21) Quantité livrée aux AC : les produits livrés aux Agents Communautaires par le Centre de Santé ;
- (22) Quantité livrée aux PS : les produits livrés aux Postes de Santé par le Centre de Santé ;
- (23) Quantité consommée (CS/Hôpital) = la quantité utilisée par la structure pendant le mois (ne pas inclure la quantité utilisée par les AC ou par les PS pendant le mois);
- (24) Quantité totale périmée/altérée/perdue: la quantité de produits inutilisable soit expiration de la date, soit endommagés ;
- (25) Stock disponible utilisable à la fin du mois (CS/Hôpital) = Stock disponible utilisable au début du mois + Quantité totale reçue dans le mois (entrées) - Quantité livrée aux AC - Quantité livrée aux PS - Quantité consommée (CS/Hôpital) - Quantité totale périmée/altérée. **Colonne 25 = colonne (19+20) - (21+22+23+24)**
- (26) Quantité à proche péremption : tout produit dont la date de péremption est inférieure à 6 mois
- (27) Nombre de jours de rupture de stock = le nombre de jours de rupture constaté durant le mois ( $\leq 30$ ).

Signatures : Rapport élaboré par ...; Rapport approuvé par ..... ; Date d'envoi vers la DPS/DCS.

