

MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE L'ACTION SOCIALE



-----  
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE  
-----

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

REPUBLIQUE DU  
SENEGAL  
Un Peuple – Un But – Une Foi



---

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME**



**PLAN DE SUIVI  
EVALUATION  
DU PNL  
2014- 2018**

## **TABLE DES MATIERES**

### **ACRONYMES**

#### **INTRODUCTION**

#### **I. RAPPEL DU CONTEXTE OBJECTIFS DU PLAN STRATEGIQUE 2014 – 2018**

##### **I.1 CONTEXTE**

##### **I.2 OBJECTIFS DU CADRE STRATEGIQUE 2014 – 2018**

#### **II. JUSTIFICATION DU PLAN DE SUIVI EVALUATION**

#### **III. CADRE DE PLANIFICATION DU PLAN STRATEGIQUE 2014 – 2018**

#### **IV. OBJECTIFS DU PLAN DE SUIVI EVALUATION**

#### **V. STRATEGIES / INTERVENTIONS**

#### **VI. CADRES DE SUIVI**

#### **VII. DEFINITIONS DES INDICATEURS**

#### **VIII. CIRCUIT DES DONNEES**

#### **IX. MECANISMES ET MODALITES DE SUIVI EVALUATION**

#### **X. COORDINATION DU SYSTEME DE SUIVI EVALUATION**

#### **XI. PLAN D'ACTION ET BUDGET**

#### **XII. CONCLUSION**

#### **XIII. ANNEXES**

#### **BIBLIOGRAPHIE**

## **ACRONYMES**

<b>ACT</b>	: Combinaison Thérapeutique à base de dérivé d'Artémésinine
<b>AID</b>	: Aspersion Intra domiciliaire
<b>CCC/IEC</b>	: Communication pour un Changement de Comportement / Information, Education, Communication
<b>CCPLP</b>	: Cadre de concertation des partenaires pour la lutte contre le paludisme
<b>CDSMT</b>	: Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme
<b>CPN</b>	: Consultation prénatale
<b>DLM</b>	: Direction de la Lutte contre la Maladie
<b>DPS</b>	: Domaine de Prestation de service
<b>DRH</b>	: Direction des Ressources Humaines
<b>DS</b>	: District Sanitaire
<b>DSRP</b>	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
<b>DSIS</b>	: Division de la Statistique, de l'Information Sanitaire et sociale
<b>ECD</b>	: Equipe Cadre de District
<b>ECR</b>	: Equipe Cadre de Région
<b>EDS</b>	: Enquête Démographique et de Santé
<b>ENDSS</b>	: Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
<b>ENP</b>	: Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme
<b>FSAT</b>	: Focal screen and Treat
<b>ICP</b>	: Infirmier Chef de Poste
<b>LAV</b>	: Lutte AntiVectorielle
<b>LNCM</b>	: Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
<b>MCD</b>	: Médecin Chef de District
<b>MCR</b>	: Médecin Chef de Région
<b>MILDA</b>	: Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
<b>MSAS</b>	: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
<b>MSAT</b>	: Mass Screen and Treat
<b>OMD</b>	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>PECADOM</b>	: Prise en Charge à Domicile
<b>PIB</b>	: Produit Intérieur Brut
<b>PNDS</b>	: Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNLP</b>	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
<b>PTA</b>	: Plan de Travail Annuel
<b>POCL</b>	: Plan d'opérations de collectivités locales
<b>PSE</b>	: Plan Sénégal Emergent
<b>RBM</b>	: Roll Back Malaria
<b>RBMME</b>	: Roll Back Malaria Monitoring and evaluation
<b>RDT /TDR</b>	: Rapid Diagnostic Test ou test de Diagnostic rapide
<b>RM</b>	: Région Médicale
<b>SIMR</b>	: Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte
<b>SNEIPS</b>	: Service National de l'Education et de l'Information pour la Santé
<b>SP</b>	: Sulfadoxine Pyriméthamine

**TDO** : Traitement Directement Observé  
**TPI** : Traitement Préventif Intermittent  
**UCAD** : Université Cheikh Anta Diop de Dakar  
**USAID/PMI** : Agence Internationale pour le Développement/Etat Unis d'Amérique / President's Malaria Initiative

## **INTRODUCTION :**

La revue à mi-parcours du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) réalisée en juin 2013 a montré que beaucoup d'insuffisances notées lors de la revue de performance de 2010 ont été corrigées. Il s'agit notamment de:

- L'absence de plan de S&E du plan stratégique national permettant aux intervenants à tous les niveaux d'avoir une compréhension claire des liens logiques entre les types de résultats attendus et des indicateurs collectés ainsi que leur mode de calcul.
- L'absence d'évaluation à mi-parcours afin d'apprécier les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs.

Cependant certaines insuffisances sont encore d'actualité :

- L'insuffisance dans le suivi des activités au niveau opérationnel : des régions médicales (RM) vers les districts et des Districts vers les points de prestations.
- L'insuffisance dans le partage et la diffusion de l'information au niveau région et district.

L'atteinte des objectifs du cadre stratégique 2014-2018 exige de la part du PNLN de disposer d'un système performant de mesure des indicateurs et de relever le défi de rendre disponible à temps opportun les informations sur le déroulement des activités et leur efficacité. Ces efforts permettront sans nul doute d'assurer le suivi des interventions et de répondre aux obligations de rendre compte non seulement aux décideurs mais aussi aux bénéficiaires.

Ainsi le plan de suivi évaluation du plan stratégique 2014 – 2018 se veut un ensemble d'orientations techniques, méthodologiques et organisationnelles. Il permettra à l'ensemble des acteurs de dérouler les activités de suivi évaluation d'une manière harmonisée offrant ainsi des possibilités de comparaisons entre différentes sources de données tout en garantissant la validité et la fiabilité de l'information.

## I. RAPPEL DU CONTEXTE ET OBJECTIFS DU CADRE STRATEGIQUE 2014 – 2018

Le cadre stratégique de lutte contre le paludisme 2014 – 2018 se singularise par un contexte marqué par:

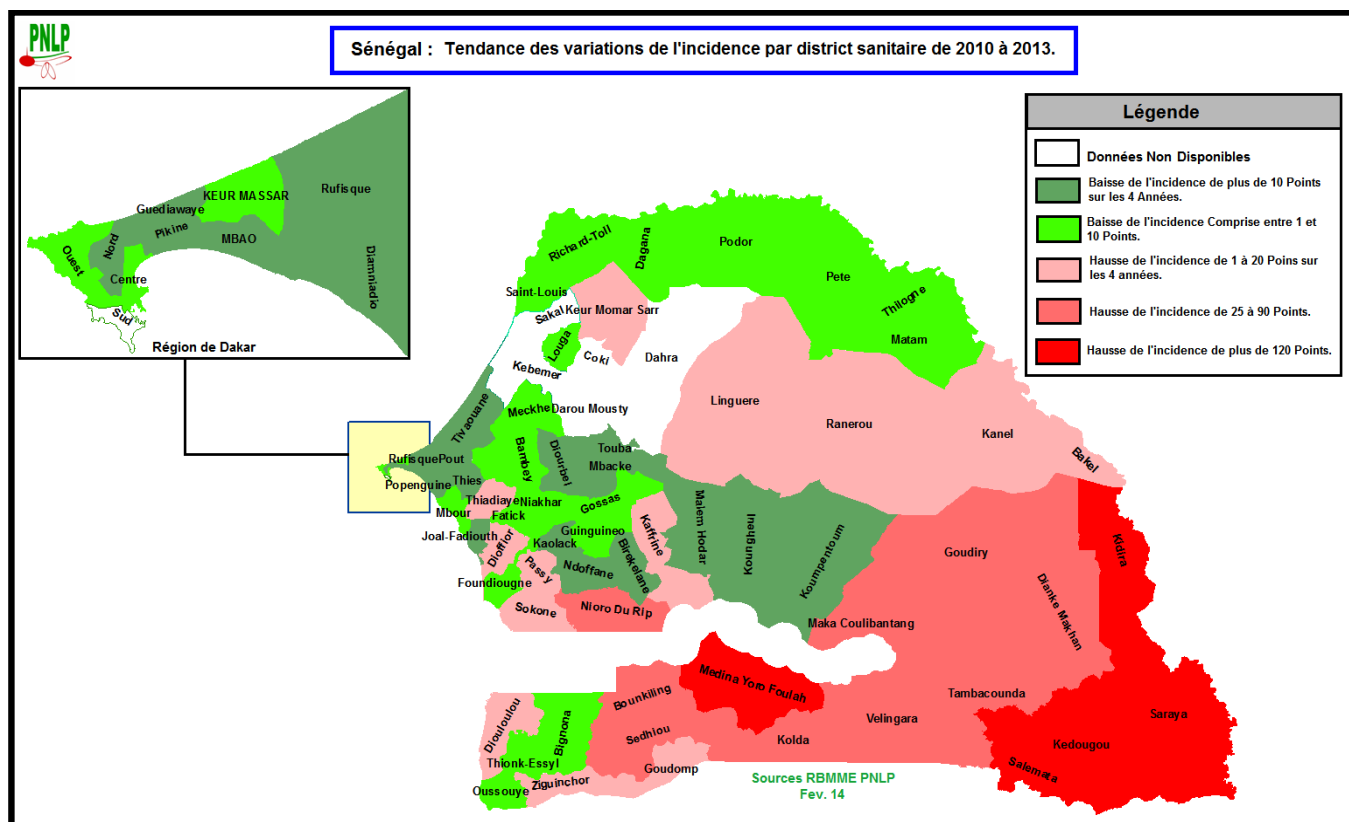
- l'élaboration d'une proposition au FM dans le cadre du nouveau mécanisme de financement
- l'adoption de nouvelles recommandations de l'OMS ayant abouti au changement des directives de prévention et de prise en charge du paludisme au Sénégal.

### I. 1 CONTEXTE :

La situation épidémiologique du paludisme au Sénégal est caractérisée entre 2008 et 2013 par une baisse de la prévalence et une augmentation de l'incidence. Ainsi la prévalence parasitaire nationale a baissé de 2008 à 2013, passant de 5,9% en 2008 à 2,8% en 2013.

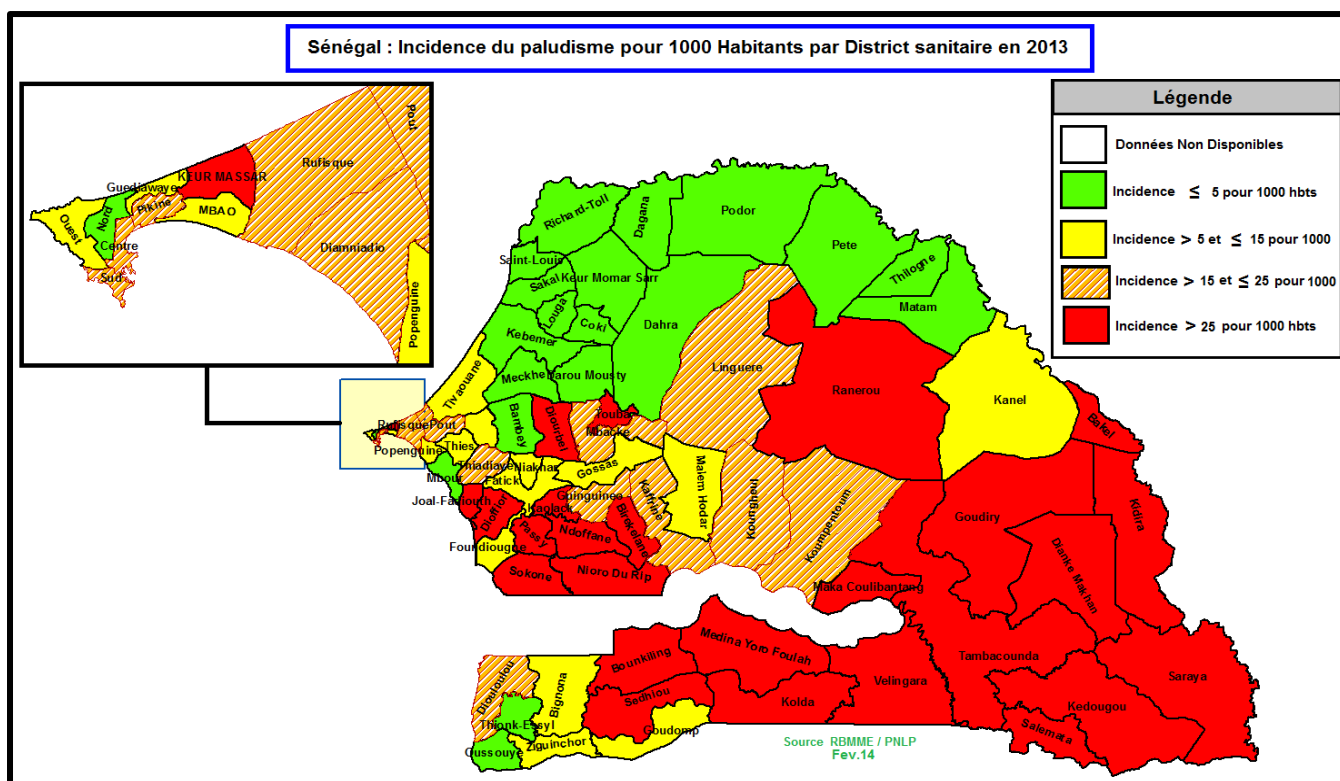
L'incidence palustre qui est calculée à partir des données de routine, a connu une augmentation de 2009 à 2013, passant ainsi de 14‰ à 27‰. Cette augmentation est plus accentuée dans les régions Sud et Sud Est du pays avec en outre une tendance à l'augmentation de la morbidité proportionnelle palustre pendant la même période passant de 5,37% à 5,41%. La carte sur la variation des incidences permet d'identifier quatre (4) strates (figure ci-dessous)

**Carte 1 :** Tendence des variations de l'incidence par district sanitaire de 2010 à 2013



Les acteurs et le système de santé se sont adaptés aux exigences de performances et ont ainsi développé des compétences dans tous les domaines de gestion des activités de lutte contre le paludisme. La carte ci-dessous décrit le niveau de l'incidence du paludisme par district.

**Carte 2 :** Carte de l'incidence par district sanitaire en 2013



La planification stratégique 2014 – 2018 a pris en compte cette diversité du profil du paludisme à travers le pays et a adapté les orientations stratégiques à chaque situation épidémiologique identifiée.

*Répartition des districts et choix des interventions par Strate*

Strates	INCID / 1000 (2013)	POPULATIONS (2013)
<b>1</b>	<b>Inférieur à 5 cas pour 1000 Habitants</b>	<b>3 466 475</b>
<b>20 Districts :</b> Louga, Dagana, Podor, Kebemer, Matam, Saint-Louis, Richard Toll, Keur Momar Sarr, Pete, Thilogne, Dahra, Thionck Essyl, Sakal, Coki, Oussouye, Mbour, Bambey, Mekhe, Darou Mousty, Nord.		
<b>Interventions :</b> Mass screening and treat (MSAT) + Surveillance Active + Scaling up for impact(SUFI*) + Mass Drug Administration (MDA)		
<b>2</b>	<b>Comprise entre 5 et 15 cas pour 1000 Habitants</b>	<b>3 225 048</b>
<b>16 Districts :</b> Popenguine, Guediawaye, Tivaouane, Bignona, Goudomp, Khombole, Foundiougne, Ziguinchor, Malem Hodar, Kanel, Gossas, Thies, Fatick, Niakhar, Mbaou, Dakar-Ouest.		
<b>Interventions :</b> Focal screening and treat(FSAT) + Surveillance Active + SUFI*		
<b>3</b>	<b>Comprise entre 15 et 25 cas pour 1000 Habitants</b>	<b>2 557 618</b>
<b>14 Districts :</b> DAKAR-SUD, MBACKE, LINGUERE, KOUNGHEUL, KAFFRINE, DAKAR-CENTRE, RUFISQUE, GUINGUINEO, DIAMNIADIO, THIADIAYE, KOUMPENTOUM, PIKINE, DIOULOLOU, POUT.		
<b>Interventions :</b> SUFI = MILDA, ACT, TDR, TPI, PECADOM		
<b>4</b>	<b>Supérieure à 25 cas pour 1000 Habitants</b>	<b>4 326 096</b>
<b>26 Districts :</b> DIOFFIOR, NDOFFANE, TOUBA, KEUR MASSAR, PASSY, BIRKELANE, VELINGARA, BAKEL, JOAL, RANEROU, SEDHIUO, NIORO, BOUNKILING, DIOURBEL, SOKONE, TAMBA, KAOLACK, MAKA COLIBANTANG, KOLDA, GOUDIRY, MEDINA YERO FOULAH, KEDOUGOU, KIDIRA, DIANKE MAKHAN, SARAYA, SALEMATA.		
<b>Interventions :</b> SUFI + CPS si zone éligible.		

Cette stratification permet la sélection de mesures plus adaptées à chaque strate. Le cadre stratégique 2014-2018 s'inscrit dans la **consolidation des acquis de la pré élimination dans le nord et le contrôle sur le chemin de la pré élimination pour le reste du pays**

L'accès universel au paquet d'interventions sera promu pour faciliter la protection des groupes vulnérables et populations défavorisées. Les zones à forte densité de populations et les zones à forte endémicité seront ciblées dans ce sens, pour atteindre rapidement les objectifs fixés.

## **I.2 OBJECTIFS DU CADRE STRATEGIQUE 2014 – 2018**

Sur la base de l'analyse situationnelle effectuée au cours de la revue à mi-parcours en 2013 du programme, la vision et les objectifs de 2015 ont été maintenus mais l'échéance repoussée à 2018.

### **La vision :**

« Un Sénégal émergent sans paludisme »

### **Mission :**

Assurer un accès universel aux interventions les plus efficaces de prévention, de promotion et de traitement du paludisme à un coût abordable à toute la population sénégalaise.

### **Objectifs généraux :**

- Réduire la morbidité liée au paludisme pour atteindre le seuil épidémiologique de pré élimination (< 1% de taux de positivité des TDR et GE) d'ici 2018.
- Réduire la mortalité liée au paludisme de 75% d'ici 2018

### **Objectifs spécifiques:**

Ils déclinent l'ambition du PNLP pour l'horizon 2018 à travers ses différents domaines d'intervention :

#### ***Lutte anti – vectorielle :***

- Amener au moins 80% de la population à dormir sous MILDA
- Protéger au moins 90% de la population par les AID au niveau des zones ciblées
- Traiter au moins 95% des gîtes larvaires productifs dans les zones ciblées

#### ***Paludisme et grossesse :***

- Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI à la SP conformément aux directives nationales
- Protéger au moins 80% des femmes enceintes par les MILDA conformément aux directives nationales

#### ***Chimio prévention saisonnière :***

- Assurer une couverture en CPS de 98% des enfants de 3 à 120 mois dans les zones ciblées par saison de transmission.



### ***Prise en charge des cas :***

#### **Diagnostic Biologique:**

- Diagnostiquer 100% des cas suspects par TDR, microscopie et au besoin par la biologie moléculaire dans les zones de pré-élimination
- Diagnostiquer au moins 95% des cas suspects par TDR ou GE dans les zones de contrôle

#### **Traitement :**

- Traiter 100% des cas confirmés de paludisme selon les directives nationales
- Assurer le traitement prétransfert de 100% des cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 10 ans

### ***Epidémies et urgences :***

- Détecter précocement 100% des épidémies et situations d'urgence
- Contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection

### ***Gestion des approvisionnements et des stocks***

- Assurer une disponibilité permanente en médicaments (ACT, SP, Quinine, Artésunate, Artemether, Rectocaps) et produits de lutte contre le paludisme (MILDA et TDR) pour au moins 99% des structures.

### ***Promotion de la santé***

- Renforcer la promotion de la santé pour une meilleure efficacité des interventions de lutte contre le paludisme

### ***Gestion du programme***

- Renforcer les capacités managériales et opérationnelles à tous les niveaux

### ***Suivi Evaluation et recherche***

- Assurer 100% de promptitude, 100% de complétude et l'utilisation des données pour le suivi et l'évaluation du cadre stratégique de lutte contre le paludisme

## **II. JUSTIFICATION DU PLAN DE SUIVI EVALUATION**

L'élaboration du plan de suivi évaluation se justifie par la nécessité de disposer d'un document de référence en la matière. Il décline les orientations pour suivre la mise en œuvre des activités du plan stratégique et l'appréciation des progrès vers l'atteinte des objectifs. Il participe ainsi à une meilleure harmonisation des approches, à une même compréhension des concepts et à une fiabilité des données.

Par ailleurs il constitue un cadre consensuel visant une harmonisation :

- Des indicateurs, de leur définition et mode de calcul ;
- Des outils de collecte (types de données) à tous les niveaux et pour tous les partenaires ;
- Des méthodes d'analyse quant au suivi de la performance.

## **III. CADRE DE PLANIFICATION DU CADRE STRATEGIQUE DU PALUDISME 2014 – 2018**

La planification stratégique de la lutte contre le paludisme s'aligne sur les cadres stratégiques nationaux plus globaux que sont :

- Le PSE : La vision d'«**Un Sénégal émergent en 2035 avec une société solidaire et un Etat de droit**», référentiel de la politique économique et sociale met l'accent sur la création de richesses et d'emplois, le renforcement de la gouvernance, le développement des secteurs stratégiques ayant des impacts significatifs sur l'amélioration du bien-être des populations particulièrement à travers la protection des groupes vulnérables et la garantie de l'accès aux services essentiels
- Le PNDS : Il représente le plan sectoriel de la santé. Le PNDS 2009 – 2018 décline les orientations stratégiques pour atteindre les objectifs de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto juvénile. Ce plan sectoriel dispose d'un plan de suivi évaluation auquel s'aligne aussi le présent plan de suivi évaluation du plan stratégique. Le PNDS utilise le Document de Programmation Pluriannuel de Dépenses (DPPD) qui fait l'objet d'une opérationnalisation annuelle à travers le PTA. Le budget annuel du ministère de la santé est préparé à partir des PTA. Au niveau des districts sanitaires, sont élaborés annuellement des plans d'opérations des collectivités locales (POCL). Ces POCL, élaborés au niveau périphérique servent à l'élaboration des PTA qui font l'objet d'une synthèse régionale.
- Les PTA et le DPPDT qui sont des outils d'opérationnalisation du PNDS, intègrent aussi les activités du plan stratégique de lutte contre le paludisme.

Le cadre de planification prend aussi en compte les orientations du partenariat Faire Reculer le Paludisme (FRP) et les engagements internationaux aussi bien au niveau africain que mondial.

#### **IV. OBJECTIFS DU PLAN DE SUIVI - EVALUATION**

Le Plan de suivi et évaluation du paludisme vise à fournir des informations fiables sur les progrès en matière de lutte contre le paludisme. Ce plan s'appuie sur les objectifs définis dans le Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015.

##### **Objectif général :**

Améliorer la performance du système de suivi et évaluation des interventions de lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

##### **Objectifs spécifiques :**

- Renforcer les compétences en suivi et évaluation des personnels impliqués dans la mise en œuvre du programme à tous les niveaux du système de santé;
- Renforcer en équipements et matériels les structures impliquées dans la gestion des données du paludisme y compris le niveau communautaire;
- Mettre en place des outils adaptés pour la collecte des données et le suivi et évaluation des interventions de lutte contre le paludisme à tous les niveaux;
- Améliorer la qualité de l'analyse des données collectées, ainsi que la diffusion et l'utilisation de l'information aux acteurs, partenaires et décideurs.
- Constituer des bases factuelles (bonnes pratiques, résultats d'évaluations, résultats monitorings,...) sur le paludisme avec une mise à jour régulière des indicateurs du Programme;

#### **V. STRATEGIES / Interventions pour le Renforcement du système de suivi et d'évaluation**

Le système de suivi évaluation du PNLN a fait l'objet d'une évaluation en 2010 effectuée lors de la revue du programme et qui a montré un dispositif fonctionnel de collecte de données de routine, d'assurance de la qualité des données de routine et de surveillance sentinelle dans les zones à risque (vallée du fleuve Sénégal et les zones inondées de Dakar). Cette même évaluation a identifié des lacunes/faiblesses qui se résument en :

- Agents de santé non formés sur les nouvelles procédures de suivi évaluation ;
- Non intégration des activités de surveillance au niveau des sites sentinelles ;
- Insuffisance de la supervision des agents de santé ;

La correction de ces lacunes et faiblesses nécessite le renforcement du dispositif de suivi évaluation à travers un plan d'action M&E qui s'articule autour d'une amélioration des capacités des acteurs et d'une harmonisation des surveillances épidémiologique, parasitologique et entomologique au niveau de tous les sites sentinelles.

Ainsi, le manuel des procédures de suivi évaluation sera mis à jour. L'accent sera aussi mis sur le renforcement de la capacité des prestataires et sur la supervision formative des agents des points de prestation pour améliorer la qualité des interventions.

Le dispositif d'évaluation des interventions sera aussi renforcé afin d'améliorer la collecte et le partage des informations sur le niveau d'atteinte des objectifs. De même le suivi de la pharmacorésistance et de la qualité des TDR sera renforcé et étendu jusqu'au niveau communautaire.

Afin de mesurer les progrès pour l'atteinte des objectifs et des résultats escomptés, diverses stratégies sont prévues dans le présent plan de suivi et évaluation pour évaluer régulièrement et/ou périodiquement le niveau des indicateurs de processus, de résultats et d'impact du programme conformément aux cibles fixées.

### **V1. Renforcement de capacités**

Les responsables de la gestion des données sanitaires aux niveaux régions et districts bénéficieront de formations sur la nouvelle version de la base de données RBMME qui utilise EPI7 comme support mais aussi sur l'analyse des données. Ces formations mettront l'accent sur l'interprétation des données afin d'apprécier la performance de la mise en œuvre et de lever au besoin les goulots d'étranglement. Ces efforts dans le renforcement de capacités fournis par le PNLP seront complétés par la formation sur le DHIS2 et son adoption par le système, ceci permettra de visualiser sous forme de graphique le suivi des indicateurs clé dans toutes les formations sanitaires (postes, centres de santé et hôpitaux). Tous les districts seront dotés de la version réactualisée du logiciel RBMME qui prend en compte les besoins de l'élaboration du bulletin épidémiologique trimestriel pour les données de routine.

### **V2. Intensification de la surveillance épidémiologique**

Aujourd'hui la gamme d'activités des sites existant est élargie pour inclure dans le même site des activités de surveillance des paramètres parasitologiques et entomologiques. Ces sites sentinelles pour la surveillance sont équipés de matériels informatiques et de pro logiciel Excel pour faciliter l'exploitation hebdomadaire des données. D'autres sites sont aussi créés dans les autres faciès épidémiologiques, au centre et au sud du pays.. La recherche active des cas dans les districts à incidence inférieure à 5 pour 1000 sera étendue à toute la région de St-louis avant d'être généralisée dans tous les districts éligibles. Amélioration de la qualité et de la diffusion des données

La vérification des données sur sites déjà systématisée au cours des supervisions du niveau central, sera intégrée dans les supervisions des districts vers les postes et centres de santé.

Les revues trimestrielles seront organisées au niveau régional et les réunions de coordination des districts et régions seront redynamisées pour une meilleure régularité et fonctionnalité.

Dans la mise en œuvre du plan de suivi-évaluation, plusieurs actions sont envisagées pour garantir le contrôle et la qualité des données.

Ces actions qui font partie intégrante du mécanisme de contrôle de qualité des données, permettront de renforcer les bases réelles pour obtenir des données de qualité. Il s'agit de:

- Assurer une bonne utilisation des outils de collecte des données à travers la formation, l'utilisation des outils adaptés et la mise à disposition des outils à tous les niveaux ;
- Assurer une bonne utilisation des logiciels à travers l'équipement et la formation des responsables suivi-évaluation à tous les niveaux;
- Assurer la maîtrise du calcul des indicateurs du paludisme lors des formations et appui technique de terrain ;
- Assurer la qualité de la vérification et du contrôle à travers la formation en contrôle de qualité des données du Responsable S&E du PNLP et des responsables suivi-évaluation à tous les niveaux.

En outre, pour les données de routine, des outils sont disponibles dans le cadre de l'assurance qualité et celui de l'évaluation de la qualité des données. Ces outils seront utilisés à tous les niveaux du système. Il s'agira du contrôle de la cohérence des données et des ateliers d'échange et de validation aux niveaux intermédiaire et opérationnel. Au niveau central, des procédures de validation des données seront appliquées. Ces procédures intégreront le calcul du taux de complétude et de promptitude avant la publication des données.

- Rôle du niveau opérationnel : Poste de santé

A la fin de chaque mois, les responsables de la collecte, de la gestion et de la transmission des données au niveau opérationnel, les responsables des ONG ou toutes autres structures d'exécution à la base se déplaceront dans les formations sanitaires ou sur les sites d'exécution pour appuyer les agents/personnels des structures d'intervention (agents de santé, relais communautaires, etc.), dans l'élaboration de leurs rapports mensuels. C'est l'occasion pour ces personnes de valider les données au niveau de ces structures.

- Rôle des niveaux intermédiaire et opérationnel : district sanitaire-région médicale-ONG

Au niveau des régions médicales, des districts sanitaires et des ONG, les responsables du S&E sont chargés de vérifier la conformité des activités menées. Selon les cas, ils constituent le premier ou le second niveau de compilation et donc de vérification de la cohérence des résultats à transmettre au niveau central et/ou aux partenaires. Leur mission principale consiste à la contre-vérification des informations et des données soumises par les sous-sous-récepteurs et ceci à travers des visites régulières de supervision et de contrôle inopinées et des réunions de pré-validation des données. Ceci permettra de vérifier la qualité des activités menées ainsi que l'exactitude des données transmises. A cet effet, les informations transmises pourraient être accompagnées d'un commentaire sur la vérification des données, indiquant notamment, la méthode et la période de vérification, les données transmises et les données validées, les problèmes observés et les solutions envisagées.

- Rôle du niveau central : PNLP

Le PNLP procédera trimestriellement à des réunions de validation des données avec l'ensemble des acteurs des niveaux opérationnel et intermédiaire. A cela, s'ajoutent:

- La participation aux missions de vérification des données sur site (OSDV) conduites par les partenaires comme le LFA dans le cadre des projets spécifiques au Fonds Mondial, suivie d'un plan d'action pour l'amélioration de la qualité des données. Il s'agit en fait des missions de contrôle et de vérification sur sites pour s'assurer de l'exactitude, la qualité et la traçabilité des données transmises. Ces missions permettront également de vérifier la présence des outils sur les sites et leur utilisation correcte par les acteurs.
- La réalisation dans le cadre de la supervision des points de prestation à tous les niveaux (au moins une fois par an) d'un audit de la qualité des données de routine (DQA) par l'unité de suivi-évaluation du PNLP auprès de l'essentiel des intervenants. Cette activité intègre la grille de supervision du PNLP. Dans le cadre de cette supervision les nouvelles technologies comme les tablettes Androïde et les Smartphones seront utilisées pour améliorer la qualité ou l'analyse des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

### **V3. Améliorer la gestion des données**

Une base de données unique, diversifiée et ayant une large capacité de stockage sera mise en place au niveau de l'unité de coordination. Cette base de données aura entre autres fonctionnalités de générer un rapport trimestriel sous forme de bulletin pour un meilleur partage de l'information avec tous les acteurs. La base de données actuellement en place dans les districts sera réactualisée afin de prendre en compte les nouveaux besoins en informations. Des dispositions seront prises pour assurer une sauvegarde de sécurité des données de la base de données nationale.

### **V4. Renforcement de la recherche opérationnelle**

La recherche opérationnelle orientée vers les questions visant à améliorer la mise en œuvre sera renforcée. Ainsi, les questions socio anthropologiques bénéficieront d'une attention particulière. Pour ce faire, les acteurs du niveau opérationnel seront formés et encadrés par des chercheurs de profession afin d'augmenter leurs compétences en la matière.

### **V5. Amélioration de la qualité des interventions**

La supervision des points de prestations par le district sera renforcée afin d'assurer la qualité des services fournis à la population. Cette intervention ciblera toutes les entités délivrant des services curatifs ou préventifs dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Ainsi les prestataires de soins des postes et centres de santé seront régulièrement supervisés. La région médicale verra aussi ses capacités renforcées afin de mieux encadrer les districts.

### **V6. La diffusion et le partage des résultats :**

Un bulletin trimestriel sera régulièrement diffusé aux acteurs et le site web du programme servira aussi de support de diffusion.

L'organisation de journées scientifiques toutes les années sera systématisée afin de permettre aux chercheurs de partager leur recherche.

## **VI. CADRES DE SUIVI EVALUTION**

### **Suivi:**

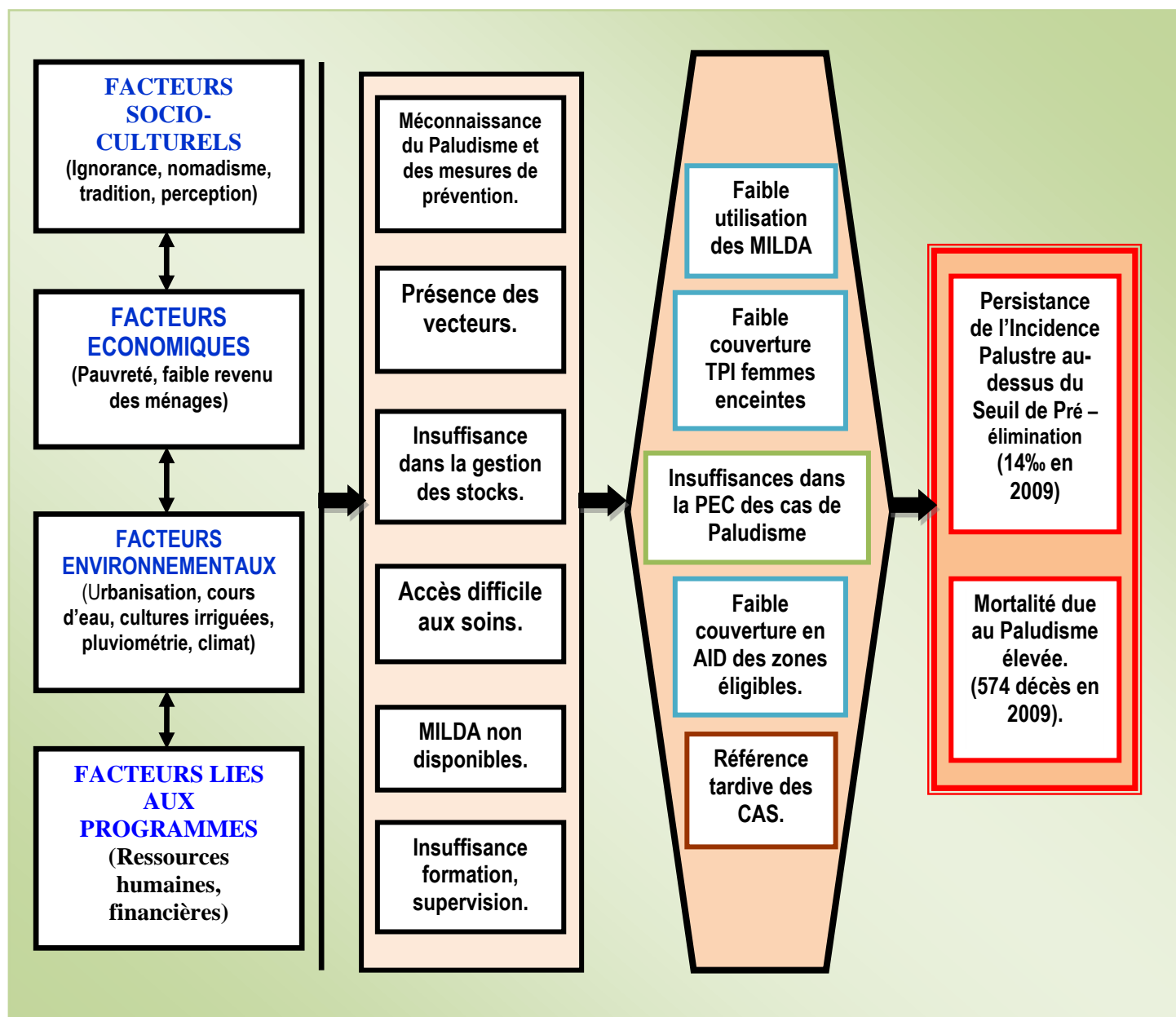
- ▶ Est le *monitorage de routine* des éléments clefs de la performance du programme à travers le stockage de données harmonisées, un reportage régulier, des systèmes de surveillance et des enquêtes périodiques. Il aide les gestionnaires de programme à déterminer quelles zones ont besoin d'un plus grand effort, et identifie les zones qui contribuent à améliorer la performance du programme.
- ▶ Le suivi contribue beaucoup à l'évaluation.

## Evaluation:

- ▶ Est *l'appréciation périodique* du changement dans les résultats cibles qui pourrait être attribué au programme. Elle tente de lier un résultat particulier ou un impact (sanitaire) directement à une intervention particulière après une période de temps.

### VI-1. CADRE CONCEPTUEL

La Figure ci-dessous expose brièvement le cadre conceptuel pour le S&E relatif au contrôle de la maladie. La finalité de ce processus est d'identifier les goulets d'étranglement et d'effectuer les corrections afin d'atteindre les objectifs prévus.



## VI-2. CADRE LOGIQUE DE SUIVI/EVALUATION DU PALUDISME ET INDICATEURS :

Ce cadre permet de faire une interprétation de l'usage rationnel des ressources du programme et des buts visés. Ce schéma permet d'identifier et illustrer les relations linéaires des intrants, processus, produits aux résultats du programme.

INTRANTS	PROCESSUS	PRODUITS	EFFETS	IMPACT
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ressources Humaines</li> <li>Finances</li> <li>Logistique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des Sessions de formation des DSDOM sur la prise en charge du paludisme à domicile (PECADOM).</li> <li>Supervision formative des agents de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DSDOM formés sur la prise en charge des cas de paludisme (PECADOM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge correcte des cas de paludisme suivant les directives.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baisse de l'incidence du paludisme (&lt; 1‰)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ressources Humaines</li> <li>Finances</li> <li>Logistique</li> <li>Matériels IEC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation des acteurs sur l'IEC</li> <li>Doter les acteurs de Matériels IEC</li> <li>Sensibiliser la population sur les conséquences néfastes du paludisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Population sensibilisée</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>ACT</li> <li>SP</li> <li>Quinine et artésunate injectable</li> <li>Rectocaps</li> <li>TDR</li> <li>Ressources : humaines, financières</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place la SP, les ACT, quinine, artésunate injectable, rectocaps, et les TDR dans les structures sanitaires</li> <li>Former les agents sur la gestion des stocks</li> <li>Doter les structures en ACT, TDR et SP.</li> <li>Mettre en place les ACT et les TDR dans les sites choisis pour la PECADOM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TDR, SP, quinine, artésunate injectable, rectocaps ACT mis en place</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Matériels pour TDO pour le TPI</li> <li>SP/AQ</li> <li>Ressources Humaines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orienter les acteurs sur le paludisme et grossesse</li> <li>Orienter les acteurs sur la SMC</li> <li>Doter les structures sanitaires en matériels et SP pour le TDO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matériels distribués</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SP administré sous TDO aux FE</li> <li>SP/AQ administré aux 3-120mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baisse de 75% de la mortalité du paludisme. (143 décès lié au paludisme)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ressources Humaines</li> <li>Finances</li> <li>Logistique</li> <li>MILDA</li> <li>Supports IEC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des activités IEC/CCC sur l'utilisation du MILDA</li> <li>Doter les structures de MILDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Population sensibilisée sur l'importance de dormir sous MILDA.</li> </ul>	Population dort sous MILDA.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>MILDA</li> <li>Ressources Humaines</li> <li>Finances</li> <li>Logistique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orienter les acteurs sur la stratégie de CU</li> <li>Acquérir des MILDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MILDA distribuées</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Matériels AID</li> <li>Produits AID</li> <li>Res. Humaines</li> <li>Res. Finances</li> <li>Logistique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etendre l'AID dans les zones éligibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concessions traitées</li> </ul>	Diminution de la transmission.	



## **VII. DEFINITIONS DES INDICATEURS**

La liste des indicateurs de suivi/évaluation du plan stratégique a été retenue sur la base des indicateurs proposés au niveau international et après un large consensus entre les divers intervenants. Ceci a permis de formuler de façon précise les indicateurs. Toutes les interventions majeures disposent d'indicateurs permettant de suivre les progrès réalisés.

### **Indicateurs d'impact :**

- Anémie chez les enfants de 6 à 59 mois
- Morbidité proportionnelle (tous âges)
- Incidence du paludisme grave pour 1000 habitants (tous âges)
- Incidence paludisme simple dans la tranche 3-120 mois
- Incidence paludisme grave dans la tranche 3-120 mois
- Morbidité proportionnelle palustre (moins de 5 ans)
- Morbidité proportionnelle palustre chez la femme enceinte
- Mortalité palustre proportionnelle (tous âges)
- Mortalité palustre proportionnelle (moins de 5 ans)
- Mortalité due au paludisme dans la tranche 3-120 mois
- Mortalité proportionnelle palustre chez la femme enceinte
- Nombre de décès liés au paludisme
- Prévalence parasitaire
- Taux de létalité (moins de 5 ans)
- Taux de létalité (tous âges)
- Taux de positivité annuelle des lames et TDR
- Incidence du paludisme pour 1000 habitants

### **Indicateurs de résultats**

- Pourcentage de structures sanitaires (postes de santé et centres de santé) sans rupture continue du médicament recommandé par la politique nationale pendant une semaine au cours des 3 derniers mois
- Nombre de centres de soins qui n'ont pas signalé de rupture du stock de médicaments antipaludiques
- Pourcentage de cases de santé sans rupture continue du médicament recommandé par la politique nationale pendant une semaine au cours des 3 derniers mois
- Pourcentage de patients atteints de paludisme simple correctement traités conformément aux directives nationales dans les structures sanitaires (Nombre de patients atteints de paludisme simple qui ont bénéficié d'une prescription correcte d'ACT conformément aux directives nationales).
- Pourcentage d'enfants de moins de 5ans atteints de paludisme simple et ayant reçu un Traitement correct conformément aux directives.
- Pourcentage de patients hospitalisés atteints de paludisme grave et ayant un traitement correct conformément aux directives nationales dans les structures sanitaires. (Nombre de patients atteints de paludisme grave hospitalisés dans les centres de santé et structures privées qui ont bénéficié d'un traitement correct conformément aux directives nationales).
- Pourcentage de personnes qui connaissent les signes de paludisme grave.

- Nombre et Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (par Goutte Epaisse ou TDR) dans les structures sanitaires.
- Taux de positivité annuel des lames et TDR
- Pourcentage de cas graves référés (PS)
- Pourcentage de cas graves référés ayant reçu un traitement pré-transfert par les rectocaps d'artésunate (PS)
- Le pourcentage de femmes enceintes s'étant rendu à des consultations prénatales et ayant reçu le TPIp sous observation directe : TP2, TPI3 et+
- Pourcentage d'enfants de 3 à 120 mois des zones cibles qui ont reçu au moins une dose d'AQ/SP (administrative et enquête)
- Pourcentage d'enfants ayant bénéficié de tous les passages au cours de l'année par tranche d'âge (3 à 11 mois, 12 à 59 mois, 60 à 120 mois)
- Nombre d'OCB ayant reçu des supports IEC pour mener des IBC
- Nombre de MII longue durée distribuées durant la période.
- Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire traitée à l'insecticide
- Pourcentage de femmes enceintes s'étant présentées à des consultations prénatales au moins une fois qui ont reçu une moustiquaire imprégnée d'insecticide ou un bon pour en acquérir une (source : rapports mensuels).
- Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'Action (MILDA) la nuit dernière
- Pourcentage de femmes enceintes (autres groupes cibles) ayant dormi sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'Action (MILDA) la nuit dernière.
- Pourcentage de la population (tous âges) ayant dormi sous moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'Action (MILDA) la nuit dernière.
- Pourcentage de ménages possédant au moins une MII pour deux personnes.
- Nombre de personnes dormant dans les pièces traitées
- Nombre de traitements dispensés
- Proportion de la population protégée par l'AID dans les zones ciblées
- Taux de confirmation des cas suspects de paludisme
- Taux d'exécution budgétaire
- Taux de réalisation des activités
- Taux de complétude et de promptitude des rapports
- Pourcentage de cas de paludisme correctement traités par les Dispensateurs de Soins à Domicile (DSDOM).
- Nombre et pourcentage de cas index ayant fait l'objet d'une investigation dans les zones ciblées.

### **Indicateurs de processus**

- Nombre de prestataires qualifiés formés durant la période sur la prise en charge des cas de paludisme conformément aux directives nationales.
- Nombre d'ASC/Matrones formés durant la période sur la prise en charge des cas de paludisme conformément aux directives nationales
- Nombre de relais formés durant la période pour appuyer les activités IEC au niveau communautaire
- Nombre de prestataires formés en gestion des épidémies, suivi/évaluation et gestion de stock

- Nombre d'enseignants formés sur la prévention du paludisme suivant le guide sur le paludisme pour l'enseignement moyen et secondaire.
- Pourcentage de sites sentinelles ayant transmis l'ensemble de leur rapport conformément aux directives.
- Nombre d'agents de santé formés sur les procédures de suivi évaluation.
- Pourcentage d'équipes médicales ayant reçu une visite de supervision durant la période rapportée.
- Nombre et pourcentage d'agents de santé communautaires formés ayant reçu une visite de supervision durant la période rapportée.
- Nombre de sites sentinelles fonctionnels pour le suivi de la résistance aux médicaments antipaludiques
- Nombre de sites testés sur la résistance des vecteurs aux insecticides
- Nombre de visites de contrôle effectuées dans les districts AID
- Pourcentage d'échantillons analysés
- Proportion de lits/couchages avec une MILDA
- Taux de réalisation des TDR

Les tableaux ci-dessous présentent les définitions des indicateurs de suivi évaluation du PNLP, précisant leurs modes de calcul, les sources de collecte de l'information et la fréquence de collecte. Ces indicateurs clés, pour l'essentiel, ont été adaptés de ceux de l'EDS, de l'ENPS, de la collecte de routine.

## PRINCIPAUX INDICATEURS DU PNLP

**Tableau 1 : INDICATEURS D'IMPACT**

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>But : Réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme</b>			
<b>Morbidité proportionnelle palustre (tous âges)</b>	<p><b>Numérateur:</b> Nombre de cas de paludisme simple/grave enregistré par an dans les formations sanitaires.</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total de malades vu en consultations externes dans les formations sanitaires</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
<b>Morbidité proportionnelle palustre (moins de 5 ans)</b>	<p><b>Numérateur:</b> Nombre de cas de paludisme simple ou grave chez les enfants de moins de 5 ans enregistré par an dans les formations sanitaires.</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total d'enfants de moins de 5 ans vu en consultations externes dans les formations sanitaires</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
<b>Incidence paludisme grave pour 1000 habitants (tous âges)</b>	<p><b>Numérateur:</b> Nombre de cas de paludisme parmi les personnes hospitalisées pour 1000 personnes et par an. (selon la directive nationale seuls les cas de paludisme grave sont hospitalisés)</p> <p><b>Dénominateur:</b> Population totale.</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
<b>Incidence paludisme simple dans la tranche 0-120 mois (Dans les zones CPS)</b>	<p><b>Numérateur:</b> Nombre de cas de paludisme simple parmi les enfants de 0 à 120 mois pour 1000 personnes et par an. (Dans les zones CPS)</p> <p><b>Dénominateur:</b> Population âgée de 0 à 120 mois. (Dans les zones CPS)</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>But : Réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme</b>			
<b>Incidence paludisme grave dans la tranche 0-120 mois</b> (Dans les zones CPS)	<b>Numérateur:</b> Nombre de cas de paludisme grave parmi les enfants de 0 mois à 120 mois pour 1000 personnes et par an. (Dans les zones CPS) <b>Dénominateur:</b> Population âgée de 0 à 120 mois. (Dans les zones CPS)	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
<b>Taux d'incidence du paludisme</b>	<b>Numérateur:</b> Nombre de cas de paludisme confirmés (microscopie ou TDR) pour 1000 personnes et par an. <b>Dénominateur:</b> Population totale.	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
<b>Morbidité proportionnelle palustre chez la femme enceinte</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de cas de paludisme chez les femmes enceintes enregistrés par an dans les formations sanitaires. <b>Dénominateur :</b> Nombre total de femmes enceintes vues en consultations externes (et les cas graves), y compris les CPN, dans les formations sanitaires	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
<b>Mortalité palustre proportionnelle (tous âges)</b>	<b>Numérateur:</b> Nombre de décès dû au paludisme enregistré par an dans les formations sanitaires pour 1000 personnes et par an. <b>Dénominateur:</b> Nombre total de décès de population (tous âges) enregistré dans les formations sanitaires	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
<b>Mortalité palustre proportionnelle (moins de 5 ans)</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dus au paludisme enregistré par an dans les formations sanitaires pour 1000 personnes. <b>Dénominateur:</b> Nombre total de décès de malades de moins de 5 ans hospitalisés enregistré dans les formations sanitaires.	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>But : Réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme</b>			
<b>Mortalité palustre dans la tranche 0-120 mois</b> (Dans les zones CPS)	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de décès d'enfants de moins de 0 à 120 mois dus au paludisme enregistré par an dans les formations sanitaires pour 1000 personnes. (Dans les zones CPS)</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total de décès de malades de moins de 0 mois à 120 mois ans hospitalisés enregistré dans les formations sanitaires. (Dans les zones CPS)</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
<b>Mortalité proportionnelle palustre chez les femmes enceintes</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de décès de femmes enceintes dus au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires pour 1000 personnes.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de décès de femmes enceintes hospitalisées enregistré dans les formations sanitaires</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
<b>Taux de létalité (moins de 5 ans)</b>	<p><b>Numérateur:</b> Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour paludisme dans les formations sanitaires.</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour paludisme dans les formations sanitaires.</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
<b>Taux de létalité (tous âges)</b>	<p><b>Numérateur:</b> Nombre de décès de malades hospitalisés (tous âges) du au paludisme.</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total de malades hospitalisés pour paludisme enregistré dans les formations sanitaires.</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
<b>Prévalence parasitaire chez les 6-59 mois.</b>	<p><b>Numérateur:</b> Nombre d'enfants de 6-59 mois testés positifs par microscopie.</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total d'enfants de 6-59 mois testés par microscopie.</p>	Rapport d'évaluation des partenaires : MICS, EDS.	Tous les 2 ans.

**Tableau 2: INDICATEURS DE RESULTATS**

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits</b>				
<b>Traitement antipaludique rapide / efficace</b>	Nombre et pourcentage de structures sanitaires (postes de santé et centres de santé) ne signalant aucune rupture d'ACT pendant une semaine au cours des 3 derniers mois	<p><b>Numérateur:</b> Nombre de structures sanitaires (postes et centre) sans rupture du médicament recommandé par la politique nationale pendant une semaine continue et au cours des 3 derniers mois</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total des formations sanitaires (postes et centre) visitées</p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>	Rapports de supervision des formations sanitaires DSIS	Mensuelle  Annuelle
	Nombre et pourcentage de cases de santé sans rupture continue du médicament recommandé par la politique nationale pendant une semaine au cours des 3 derniers mois	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de cases de santé sans rupture du médicament recommandé par la politique nationale pendant une semaine continue et au cours des 3 derniers mois</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total des cases de santé visitées</p>	Rapports de supervision des formations sanitaires DSIS	Mensuelle  Annuelle
	Pourcentage de structures sanitaires sans rupture continue de RDT pendant une semaine au cours des 3 derniers mois dans leur stock médicaments	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de structures sanitaires (postes et centre) sans rupture de RDT pendant une semaine continue et au cours des 3 derniers mois</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total des formations sanitaires (postes et centre) visitées</p>	Rapports de supervision des formations sanitaires DSIS	Mensuelle  Annuelle

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits</b>				
<b>Traitement antipaludique rapide / efficace</b>	Pourcentage de patients atteints de paludisme simple correctement traités conformément aux directives nationales dans les structures sanitaires.	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de patients atteints de paludisme simple qui ont bénéficiés d'une prescription correcte d'ACT conformément aux directives nationales.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de patient atteints de paludisme simple.</p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région et par district.</p>	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSIS	Trimestrielle  Annuelle
	Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple et pris en charge correctement dans les formations sanitaires	<p><b>Nombre total</b></p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSIS	Mensuelle  Annuelle
	Pourcentage d'enfants de 3 à 11 mois ayant bénéficié de tous les passages CPS au cours de l'année	<p><b>Numérateur :</b> Nombre d'enfants âgés de 3 mois à 11 mois qui ont bénéficiés de tous les passages CPS</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total d'enfants de 3 à 11 mois</p>	Rapport d'activités  Enquête	Annuelle
	Pourcentage d'enfants de 12 à 59 mois ayant bénéficié de tous les passages CPS au cours de l'année.	<p><b>Numérateur :</b> Nombre d'enfants âgés de 12 à 59 mois qui ont bénéficiés de tous les passages CPS</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total d'enfants de 12 à 59 mois</p>	Rapport d'activités  Enquête	Annuelle



Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits</b>				
	Pourcentage d'enfants 60 à 120 mois ayant bénéficié de tous les passages SMC au cours de l'année	<p><b>Numérateur :</b> Nombre d'enfants âgés de 60 mois à 120 mois qui ont bénéficiés de tous les passages CPS</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total d'enfants de 60 à 120 mois</p>	Rapport d'activités  Enquête	Annuelle
	Nombre de cas de paludisme prise en charge correctement au niveau communautaire.	<p><b>Nombre total</b></p> <p><i>Note:</i> Considérer les cas de paludisme confirmés par TDR et traités par ACT. Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSIS	Mensuelle  Annuelle
	Pourcentage de personnes qui connaissent les signes de paludisme grave	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de personnes interviewées qui connaissent les signes de paludisme grave.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de personnes interviewées.</p>	Rapports d'évaluation ou d'enquête	Tous les 2 ans
	Nombre de cas de paludisme confirmés dans les structures sanitaires et au niveau communautaire	<p><b>Nombre total</b></p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par type de confirmation (GE ou TDR) région, par district et par zone (rurale et urbaine).</p>	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSIS	Mensuelle  Annuelle

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits</b>				
	Nombre de sites sentinelles fonctionnels pour le suivi de la résistance aux médicaments antipaludiques	<b>Nombre total</b>	Rapports d'activité	Rapports d'activité
	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans avec fièvre simple dans les 2 dernières semaines pris en charge dans les 24 heures selon la politique nationale	<b>Numérateur :</b> Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont la fièvre au cours des 2 dernières semaines et qui ont reçu le médicament recommandé par la politique nationale dans les 24 heures après l'apparition de la fièvre. <b>Dénominateur:</b> Nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu la fièvre au cours des 2 dernières semaines <i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, enquête EDS)	Tous les 2 ans Annuel
	Pourcentage de patients hospitalisés pour paludisme grave et correctement traités selon la politique nationale dans les formations sanitaires.	<b>Numérateur:</b> Nombre de patients hospitalisés pour paludisme grave dans les formations sanitaires et correctement traités selon la politique nationale <b>Dénominateur:</b> Nombre total de patients hospitalisés pour paludisme grave dans les formations sanitaires.	Rapports de supervision des formations sanitaires;  Evaluation des formations sanitaires	Annuelle  2-3 ans

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits</b>				
	Pourcentage de cas graves référés ayant reçu un traitement pré-transfert par les rectocaps d'artésunate (PS)	<p><b>Numérateur:</b> Nombre de cas graves de paludisme référés vers les centres de santé et hôpitaux et ayant bénéficié d'un traitement pré transfert par les rectocaps</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total de cas graves référés vers les centres de santé et les hôpitaux.</p>	Rapport d'activité annuel (à partir rapport des PS)	annuelle
	Nombre et Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (par Goutte Epaisse ou TDR) dans les structures sanitaires.	<p><b>Numérateur:</b> Nombre de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (TDR ou GE)</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total de cas suspects de paludisme vus dans les FS.</p>	Rapports de supervision des formations sanitaires;	Annuelle
	Pourcentage de cas de paludisme correctement traité par les Dispensateur de Soins à Domicile (DSDOM).	<p><b>Numérateur:</b> Nombre de cas de paludisme correctement traités conformément aux directives par les DSDOM</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total de cas de paludisme vus par les DSDOM.</p>	Rapports des districts;	Annuelle

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits</b>				
<b>Moustiquaires traitées aux insecticides</b>	Pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de ménages visités avec au moins une moustiquaire traitée par un insecticide approuvé par la politique nationale</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total de ménages visités</p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par districts et par zone (rurale et urbaine)</p>	<p>Enquête de couverture annuelle</p> <p>Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, enquête EDS)</p>	Tous les 2 ans
	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)	<p><b>Numérateur :</b> Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous MII la nuit dernière</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi la nuit dernière dans les ménages visités</p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par districts et par zone (rurale et urbaine)</p>	<p>Enquête de couverture annuelle</p> <p>Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, enquête EDS)</p>	Tous les 2 ans

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits</b>				
	Pourcentage de femmes enceintes dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de femmes enceintes qui ont dormi sous MII la nuit dernière</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total de femmes enceintes qui résident dans les ménages visités</p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par districts et par zone (rurale et urbaine)</p>	<p>Enquête de couverture annuelle</p> <p>Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, enquête EDS)</p>	Tous les 2 ans
	Pourcentage de ménage disposant au moins d'une MII pour 2 personnes	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de ménage disposant au moins d'une MII pour 2 personnes</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total de ménage</p>	<p>Enquête de couverture annuelle</p> <p>Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, enquête EDS)</p>	Tous les ans

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits</b>				
	Pourcentage de la population (tous âges) ayant dormi sous moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'Action (MILDA) la nuit dernière.	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de personne qui ont dormi sous MILDA la nuit dernière</p> <p><b>Dénominateur:</b> Population totale interrogée</p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par districts et par zone (rurale et urbaine)</p>	<p>Enquête de couverture annuelle</p> <p>Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, enquête EDS)</p>	Tous les 2 ans
<b>Paludisme pendant la grossesse</b>	Nombre de prestataires de service formés sur le TPI	<p><b>Nombre total</b></p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>	Rapports de formation	Ponctuel
	Couverture des femmes enceintes en TPI3	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de femmes <b>enceintes</b> qui ont reçu au moins trois doses de SP (TPI3)</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total de Femmes ayant accouché au cours des deux dernières années.</p>	- Données d'enquêt Monitoring -ENP et EDS	Annuelle
	Le pourcentage de femmes enceintes s'étant rendu à des consultations prénatales et ayant reçu le <b>TPI3</b> sous observation directe	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de femmes <b>enceintes</b> qui ont reçu au moins trois doses de SP (TPI3) en TDO au cours de la CPN</p> <p><b>Dénominateur:</b> Nombre total de premier contact</p>	<p>Rapports de supervision des formations sanitaires</p> <p>- DSIS</p> <p>- Données de Monitoring</p>	Annuelle

**Tableau 3: INDICATEURS DE PROCESSUS**

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Assurer la disponibilité des MI pour faire face aux besoins nationaux (enfants 0- 5 ans et femmes enceintes)</b>				
<b>Moustiquaires traitées aux insecticides</b>	Nombre de moustiquaires « long lasting » distribuées	<b>Nombre total de Moustiquaires imprégnées distribuées</b> <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine))</i>	Rapport de supervision et de monitoring	Mensuelle et tous les 6 mois
	Nombre de MILDA distribuées en Routine	<b>Nombre MILDA distribuées en routine</b> <i>Note: Il est recommandé de faire le calcul par cible et par canaux</i>	Rapport d'activités	Tous les ans
	Pourcentage de couchage disposant de MILDA	<b>Numérateur :</b> Nombre total couchage avec MILDA  <b>Dénominateur:</b> Nombre total de couchage <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</i>	Rapport de campagne CU	Après chaque campagne
<b>Assurer le renforcement de capacité des acteurs à tous les niveaux</b>				
<b>Formation</b>	Nombre de prestataires de soins formés sur la PEC du paludisme au niveau des formations sanitaires	<b>Nombre total de prestataires formés</b> <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</i>	Rapports de formation	Ponctuel

	Nombre d'enseignants formés sur la prévention du paludisme suivant le guide sur le paludisme pour l'enseignement moyen et secondaire.	<b>Nombre total d'enseignants formés</b> <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district</i>	Rapports de formation	Ponctuel
	Nombre d'agents de santé formés sur les procédures de suivi évaluation.	<b>Nombre total d'agents formés</b> <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district</i>	Rapports de formation	Ponctuel
	Nombre de prestataires formés en PEC du paludisme au niveau communautaire	<b>Nombre total de prestataires formés</b> <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</i>	Rapports de formation	Ponctuel
	Nombre de membres d'OCB formés sur le suivi des activités communautaires	<b>Nombre total de membres d'OCB formés</b> <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</i>	Rapports de formation	Routine
	Nombre de relais formés pour appuyer les activités IEC au niveau communautaire	<b>Nombre total de relais formés</b> <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</i>	Rapports de formation	Ponctuel
<b>SUIVI - EVALUATION</b>				
<b>Traitement antipaludique efficace rapide</b>	Nombre de sites sentinelles créés pour le suivi de la résistance aux médicaments antipaludiques	<b>Nombre total de sites sentinelles créés</b> <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région et par district</i>	Rapports d'étude de la résistance des médicaments de chaque site	Annuel



<b>Supervision</b>	Proportion de districts appuyés pour le suivi des activités	<b>Nombre appuyé / Nombre prévu</b>	Rapports d'activités	Trimestriel
	Proportion de cases de santé équipées et rendues fonctionnelles	<b>Nombre fonctionnel / Nombre prévu</b>	Rapports d'activités	Trimestriel
	Pourcentage d'équipes médicales ayant reçu une visite de supervision durant la période rapportée.	<b>Nombre visité / Nombre prévu</b> <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district</i>	Rapports d'activités	Semestriel
	Nombre et pourcentage d'agents de santé communautaires formés ayant reçu une visite de supervision durant la période rapportée.	<b>Nombre Total d'agents visités</b> <b>Nombre visité / Nombre prévu</b> <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district</i>	Rapports d'activités	Trimestriel
<b>Communication</b>	Nombre de mères sensibilisées sur la prise en charge du paludisme	<b>Nombre total</b> <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</i>	Rapport de séances de sensibilisation	Ponctuel
	Nombre de zones visées par les services IEC et ayant bénéficié des séances IEC	<b>Nombre total</b> <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</i>	Rapports de séances de sensibilisation	Ponctuel

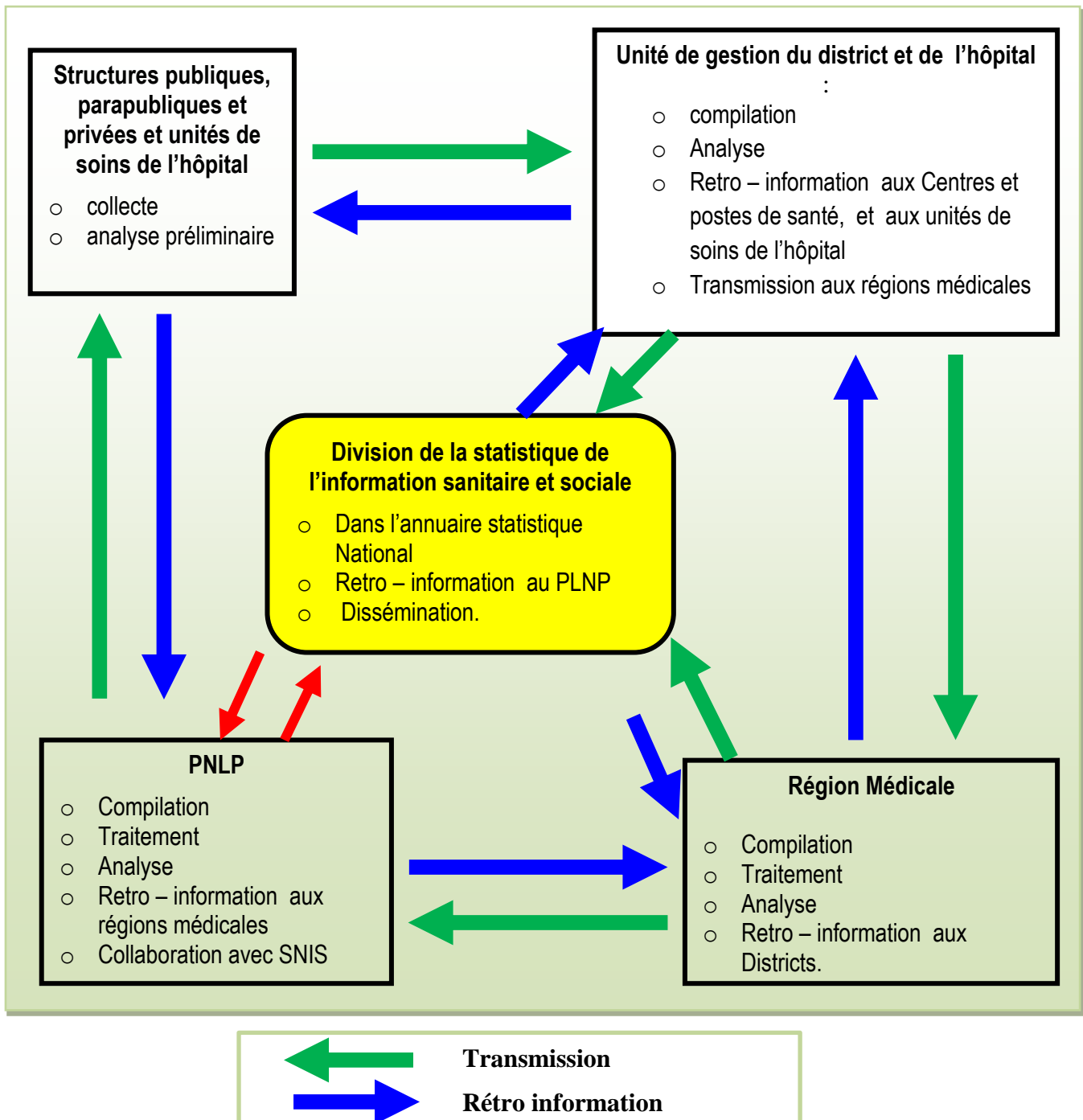
<b>Evaluation</b>	Nombre d'enquêtes de couverture menées	<b>Nombre total</b>	Rapport d'enquête	Ponctuel
	Pourcentage de sites sentinelles ayant transmis l'ensemble de leur rapport conformément aux directives.	<b>Nombre sites ayant rapporté / Nombre total de sites</b> <i>Note: Il est recommandé de faire par district</i>	Bulletins de surveillance sentinelle	Semestriel
<b>Partenariat</b>	Nombre d'ONG ayant reçu un financement pour la lutte contre le paludisme au niveau communautaire	<b>Nombre total</b> <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région</i>	Rapports d'activités des réseaux/partenaire s	Annuel
<b>Gestion financière</b>	Pourcentage du budget mobilisé consacré au Suivi évaluation	<b>Numérateur</b> : Montant du budget de S et E mobilisé <b>Dénominateur</b> : Montant total du budget mobilisé <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</i>	Rapport annuel	Annuel

## VIII. CIRCUIT DES DONNEES

### 1. Circuit de l'information des données de routine

Les données collectées dans le cadre de la routine empruntent un circuit clairement définis et qui respecte la configuration du système de santé. Le circuit ci-dessous représente les différentes voies de transmission des données.

*Figure n° 1:*



## **2. Traitement et analyse des données**

Les données collectées sont analysées en premier dans les sites de collecte avant leur transmission vers l'échelon supérieur. Cette analyse préliminaire permet de prendre les mesures correctrices urgentes avant une analyse plus approfondie et la mise en œuvre d'actions d'envergure plus importante. Le traitement se fait manuellement au niveau poste alors qu'au niveau centre de santé et district le traitement est informatisé. Les données épidémiologiques doivent faire objet d'affichage dans les structures de soins.

## **3. Contrôle de qualité, validation et diffusion des données du paludisme**

Le dispositif de contrôle de données et de validation des données mis en place s'appuie sur la vérification des données sur sites lors des supervisions et un contrôle de cohérence effectué lors des revues trimestrielles.

Le PNLP à travers son bureau suivi évaluation effectue une vérification régulière et systématique des données collectées. Cette vérification porte :

### ***i. Sur le contrôle de la complétude des données***

Cette première étape de vérification s'effectue lors des revues trimestrielles. En cas de données incomplètes, manquantes ou incohérentes le district ou l'hôpital concerné est instruit d'apporter les correctifs nécessaires dans un délai ne dépassant pas 15 jours. Le point focal de ce district au niveau du PNLP est chargé du suivi de cette instruction.

### ***ii. Sur le contrôle de la qualité des données par VDS***

La vérification des données sur sites est partie intégrante de la supervision semestrielle des points de prestation des districts et hôpitaux qu'effectue le PNLP. Dans ce cadre tous les semestres le PNLP effectue une vérification de la qualité des données transmises à l'échelle nationale (Tous les Postes de santé, tous les centres de santé et tous les hôpitaux).

Cette vérification repose sur un échantillonnage portant sur le choix d'une période et des indicateurs objet de vérification. Après ce tirage tous les éléments composant l'indicateur retenu sont à nouveau collectés à partir des outils d'enregistrement au niveau du site et confrontés à ceux transmis antérieurement. En cas d'écart entre données transmises et celles collectées par les superviseurs sur sites, un exercice d'identification des causes est systématiquement mené et des recommandations formulées à l'endroit des responsables du site pour améliorer la qualité des données.

La diffusion des données utilisera des canaux variés notamment les rapports annuels d'activités, le site web, le journal trimestriel. Un bulletin trimestriel est en cours d'élaboration. Des données de surveillance épidémiologique et en rapport avec la logistique (ACT, TDR, SP) seront partagées tous les trois mois pour tous les districts du pays.

## **4. Cas spécifique des sites de surveillance sentinelles**

La revue du programme a fait ressortir le changement épidémiologique important survenue lors de ces dernières années. Treize (13) districts sur soixante-quatorze (74) présente une incidence inférieure à 5 pour 1000. Parmi eux, deux (2) ont une incidence inférieure à 1 pour 1000 donc répondent au critère de pré élimination. La majorité des districts (11/13) se situent dans le faciès sahélien du pays et disposent déjà de sites sentinelles pour une surveillance hebdomadaire de la

maladie. La gamme d'activités de ces sites sera élargie à la surveillance de la sensibilité des vecteurs aux insecticides et à l'efficacité des anti - paludiques. Des activités pilotées de recherche active des cas seront expérimentées dans un des districts en situation de pré élimination afin de développer des compétences et être prêt à faire face au défi d'une bonne gestion d'une phase d'élimination du paludisme.

Ces sites seront secondairement élargis aux autres faciès du pays.

## **5. Dissémination des informations sur le paludisme**

Les informations générées par le suivi / évaluation seront diffusées régulièrement aux acteurs, décideurs et partenaires. Les supports de diffusion retenus sont :

- les présentations trimestrielles de la synthèse des données de routine
- le journal trimestriel
- Le site web du PNLP
- le rapport annuel d'activités
- les rapports d'évaluation
- les Conférences et rencontres internationales

**Destinataires selon le type de support :**

<b>Type de support de diffusion</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Cibles destinataires</b>
<b>Présentations trimestrielles de la synthèse des données de routine</b>	Chef bureau S&E	Tous les 3 mois	<b>Tous les districts sanitaires (prestataires), Régions Médicales</b>
<b>Rapport annuel d'activités</b>	Chef bureau S&E	Tous les ans	<b>Services centraux du Ministère, UNICEF, OMS, USAID, RBM, JICA,</b>
<b>Rapport d'évaluation</b>	Chef bureau S&E	Chaque fin de phase	<b>Services centraux du Ministère, UNICEF, OMS, USAID, RBM, JICA,</b>
<b>Site Web du PNLP (www.pnlp.sn )</b>	Chef bureau prévention/parténariat	Au besoin	<b>Grand public, professionnels de santé</b>
<b>Conférences et rencontres internationales</b>	Coordonnateur	Au besoin	<b>Partenaires, PNLP autres pays</b>
<b>Journal</b>	<b>Chef bureau prévention/parténariat</b>	<b>Tous les 3 mois</b>	<b>Tous les districts sanitaires (prestataires), Régions Médicales, Hôpitaux, Services centraux du Ministère, ONG, UNICEF, OMS, USAID, RBM, JICA,</b>

## **IX. MECANISMES ET MODALITES DE SUIVI EVALUATION**

### **1. Principes généraux et mesures d'accompagnement**

Ce plan de suivi évaluation s'approprie les principes généraux et mesures d'accompagnement adoptés pour le suivi et évaluation du PNDS. Il s'agit notamment de la nécessité d'obtenir

- Un engagement fort des hautes autorités,
- L'implication effective de toutes les parties prenantes
- La large place à donner à l'utilisation des technologies de l'information et de Communication
- L'adoption de procédures simples et souples de suivi évaluation

Ce choix garantit une meilleure intégration de suivi évaluation du PNLP qui est un sous-système du suivi / évaluation du PNDS.

### **2. Modalités de SE au niveau central**

Au niveau central les modalités de suivi sont coordonnées par l'unité de S&E du PNLP. Cette dernière est intégrée dans le dispositif mis en place dans le cadre du PNDS.

#### **▪ Mécanismes de suivi de la CAS / PNDS**

**La revue annuelle conjointe :** La RAC rassemble annuellement les responsables nationaux et régionaux du système de santé public, ainsi que les partenaires au développement. Il s'agit de l'instance de suivi la plus large et la plus représentative du PNDS. La RAC est co-présidée par le ministère en charge de la santé publique et celui en charge de l'économie et des finances.

**Le comité interne de suivi :** Le CIS a lieu tous les 3 mois, concerne les responsables nationaux du système de santé, mais est élargie aux partenaires au développement une fois sur deux. Le CIS a pour missions :

- Le suivi de l'exécution des PTA annuels
- L'examen des rapports d'étape pour faire le point sur la situation des projets et programmes
- L'examen des rapports d'exécution du budget
- L'état de la mise en œuvre des recommandations.

**La mission conjointe de supervision :** La mission conjointe de supervision a pour objet de suivre le processus d'exécution du PNDS sur le terrain. Elle associe les techniciens du département de la santé et les partenaires au développement ou d'autres acteurs suivant les objectifs assignés (collectivités locales, autres départements ministériels, comités de santé).

#### **▪ Mécanismes de suivi du PNLP**

**Le Comité de pilotage :** Ce comité regroupe les partenaires financiers et techniques, des experts du Ministère de la Santé, de l'université, des instituts de recherche et des secteurs d'appui. Le comité a pour mission de participer à la définition des priorités et de la stratégie nationale de lutte contre le paludisme. Il se réunit deux fois par an.

Le comité de pilotage est appuyé par 4 commissions techniques :

- la Commission chargée des aspects entomologiques et parasitologiques
- la Commission chargée des interventions à base communautaire, de l'information, de l'éducation pour la santé des populations et de la communication
- la Commission chargée du suivi, de l'évaluation et de la planification
- la Commission chargée de la formation, des aspects cliniques et thérapeutiques

Ces commissions techniques, qui disposent de termes de référence, apportent un appui au PNLP dans la mise en œuvre des activités.

**Le comité conjoint de coordination (CCC)** : il regroupe les 2 bénéficiaire du FM et a pour responsabilités principales de : (i) Coordonner les plans d'actions des 2 BP et des sous-bénéficiaires ; (ii) Garantir la cohérence de la mise en œuvre des activités conformément au plan de travail annuel; (iii) Harmoniser les plans de formation et de supervisions ; (iv) Animer des groupes de travail thématiques, notamment en matière de mobilisation sociale, de gestion communautaire et de suivi évaluation ; (v) Veiller au respect du schéma de partage et de la remontée de l'information ; (vi) Procéder à une revue conjointe de la mise en œuvre des activités basées sur les mécanismes existants ; (vii) Mettre en œuvre l'assistance technique en cas de besoin.

***Le Cadre de concertation des partenaires pour la lutte contre le paludisme – CCPLP*** : Le CCPLP a pour mission d'accompagner le PNLP dans la coordination et de faire des propositions sur les orientations stratégiques pour la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme. Il apporte sa contribution à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des activités.

Le CCPLP participe à l'analyse des données sur la mise en œuvre afin d'identifier les goulots d'étranglement et proposer des solutions. Il est chargé de préparer les réunions du comité de pilotage et de produire les documents de travail en rapport avec cette rencontre.

#### ▪ **Mécanismes d'évaluation**

Les mécanismes et modalités d'évaluation du plan stratégique reposeront sur les différentes enquêtes menées au niveau national et qui ont un haut niveau de validité et de représentativité. Il s'agit notamment de :

***L'Enquête démographique et de santé*** : Réalisée depuis 1986 au Sénégal et répétée tous les 5 ans, l'EDS produit des informations nécessaires à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des programmes de développement économique et social, dans le domaine de la santé en particulier. Depuis 2012 un EDS continu qui fournit des résultats tous les ans est mis en œuvre au Sénégal avec l'appui de PMI. L'EDS est réalisée sur un échantillon représentatif de la population sénégalaise, et fournit des informations sur les prévalences et niveaux de couvertures au niveau national, mais également au niveau régional. Elle peut fournir au besoin des informations sur la prévalence parasitaire.

***L'enquête sur les indicateurs du paludisme (ENP)*** : est réalisée auprès des ménages, sur un échantillon représentatif de la population générale du Sénégal, sur le même mode que les EDS, tous les 2 ans. Il servira de référence pour ce qui concerne les indicateurs sur le paludisme.

***L'évaluation finale du plan stratégique 2011-2015 servira également d'évaluation*** à mi-parcours du cadre stratégique 2014-2018.

Il s'agira d'une évaluation globale, à la fois quantitative et qualitative. Ces 2 volets seront complémentaires, et on s'attachera à ce que les résultats de l'évaluation qualitative puissent fournir des éléments d'explication pour une meilleure compréhension de l'évolution des indicateurs quantitatifs. L'évaluation portera sur l'atteinte des objectifs du plan stratégique.

***L'évaluation finale du cadre stratégique 2014-2018*** : elle aura lieu en 2018 selon la même méthodologie.

### **3. Mécanismes de suivi et d'évaluation au niveau intermédiaire (région médicale)**

Les mécanismes de coordination en place au niveau régional concernant toutes les activités sanitaires seront mis à profit pour le suivi évaluation des interventions de lutte contre le paludisme. Les réunions de coordination régionales, qui se tiennent trimestriellement, devront se concentrer davantage sur la gestion des résultats. Pour cela, les changements organisationnels qui s'imposent sont proposés dans le cadre de l'amélioration du suivi du cadre Stratégique 2014 - 2018. Il s'agit notamment de :

- Une réunion de coordination spéciale, élargie aux parties prenantes sera convoquée avant chaque RAC et sera organisée sur le même mode.
- Les revues trimestrielles de validation des données seront organisées avec les régions médicales, les districts sanitaires et EPS.
- Les indicateurs de produit et d'effet constitueront le tableau de bord pour l'appréciation des performances au niveau régional. Une attention particulière sera accordée, à chaque réunion de coordination, sur la progression de ces indicateurs.

### **4. Mécanismes de suivi et d'évaluation au niveau opérationnel (district sanitaire)**

Les réunions de coordination du district, qui se tiennent mensuellement, devront également être réorganisées en vue d'une meilleure gestion des résultats. Pour cela, il faudrait :

- Qu'à chaque réunion de coordination, compte rendu soit fait sur l'état d'exécution des directives, suivi d'une analyse des performances et des décisions correctives.
- Que soient analysés les indicateurs de processus et de produit, en particulier ceux proposés dans le cadre du SE du cadre Stratégique 2014 - 2018.

Le niveau district est le niveau de réalisation des programmes de santé. Il est donc important que les processus et leurs résultats soient bien maîtrisés à ce niveau, puisqu'ils conditionnent les atteintes des effets et des impacts. Contrairement aux appréciations de routine qui consistaient simplement à mesurer les processus par le nombre d'activités réalisées, ou bien le rapport entre le nombre d'activités réalisées et le nombre d'activités prévues, il sera apprécié leur qualité, leur degré de pénétration au sein des audiences auxquelles elles ont destinées, leur efficacité et leur efficience.

## **X. COORDINATION DU SYSTEME DE SUIVI EVALUATION**

L'ensemble du personnel du PNLN participe à la mise en œuvre des activités de S/E. Cependant un bureau est chargé de coordonner toutes les activités en rapport avec ce domaine d'intervention.

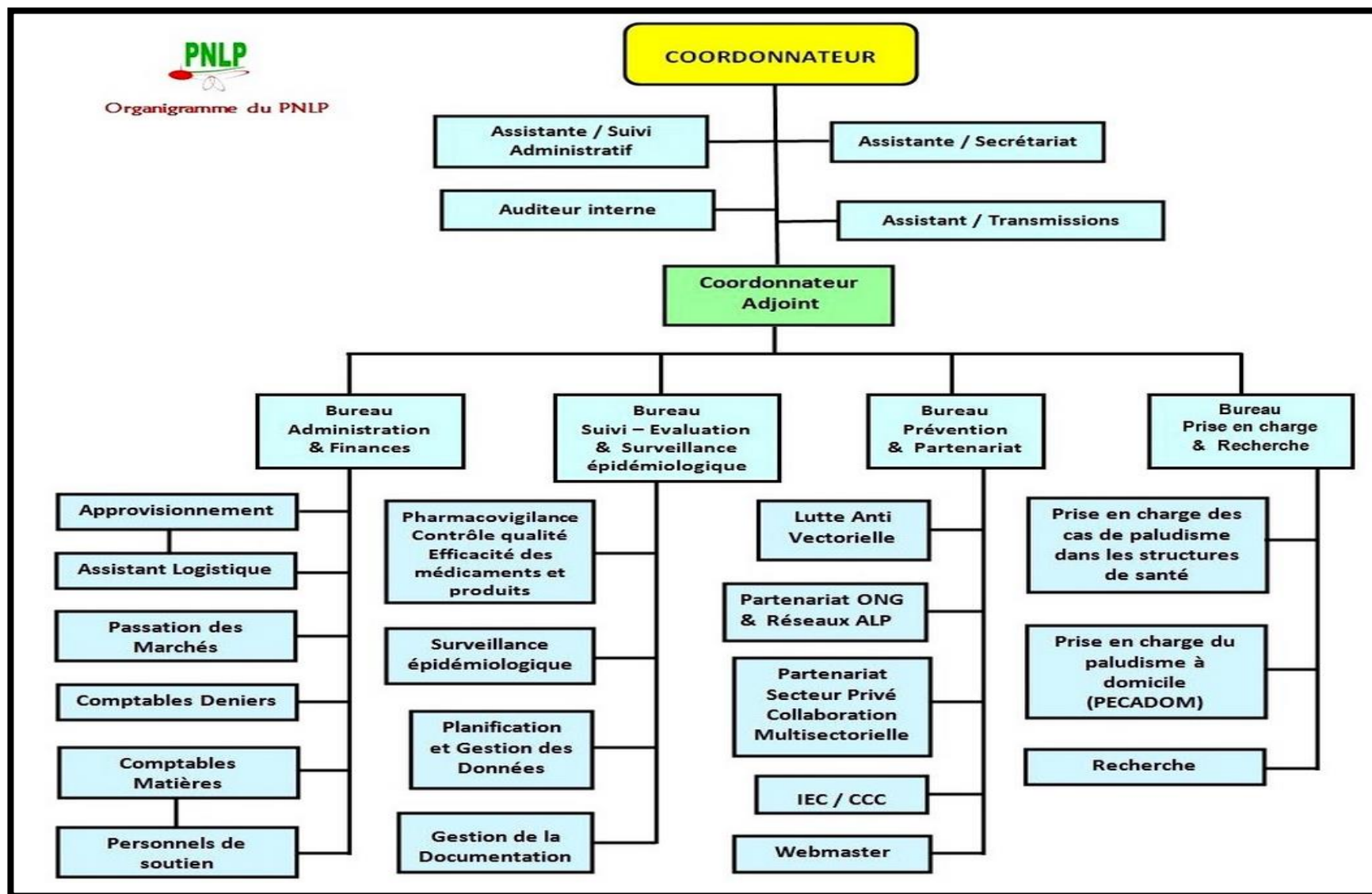
Le personnel de ce bureau est constitué de :

- Un chef de bureau ;
- Un chargé de la pharmacovigilance, du contrôle de qualité et de l'efficacité des médicaments et produits ;
- Un gestionnaire de la base de données, chargé des statistiques,
- Un chargé de la surveillance

Un comité technique restreint de suivi évaluation incluant les partenaires est mis en place pour compiler, étudier et faire des propositions sur les activités de supervision, de collecte et contrôle de qualité des données. Il formule aussi des propositions de solutions par rapport aux questions soulevées lors des revues et des missions de supervision.



## Organigramme de l'unité de coordination du PNL



## XI. PLAN D'ACTION ET BUDGET

(NB : en millier de F CFA)

Interventions- Stratégies- Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
<b>SUIVI EVALUATION RECHERCHE OPERATIONNELLE</b>	<b>2 346 792 766</b>	<b>2 035 595 986</b>	<b>1 636 256 710</b>	<b>1 319 902 755</b>	<b>1 226 011 584</b>	<b>8 564 559 800</b>
<b>Renforcement des capacités en suivi évaluation</b>	<b>27 000 000</b>	<b>75 000 000</b>	<b>75 000 000</b>	<b>75 000 000</b>	<b>75 000 000</b>	<b>327 000 000</b>
former 15 agents de santé au cours de suivi évaluation du CESAG	27 000 000					27 000 000
Organiser un cours national sur le Suivi & Evaluation des Activités de lutte contre le paludisme en collaboration avec l'UCAD, l'OMS et l'USAID. (Cours ouvert aux candidat des autres pays : 1/3 autres pays et 2/3 National).		75 000 000	75 000 000	75 000 000	75 000 000	300 000 000
<b>Renforcer la Routinisation de la Collecte, Dissemination et partage de l'information</b>	<b>383 700 727</b>	<b>321 545 530</b>	<b>224 851 130</b>	<b>201 677 530</b>	<b>195 677 530</b>	<b>1 327 452 446</b>
Organiser en 4 axes des revues trimestrielles avec les districts de validation et d'échange des données avec les ECD/ECR	102 000 000	0	0	0	0	102 000 000
Organiser en 4 axes des revues trimestrielles avec les hôpitaux de validation et d'échange des données avec les ECD/ECR	44 000 000	0	0	0	0	44 000 000
Organiser en 2 sessions des revues semestrielles de coordination avec les coordinatrices SR en collaboration avec la Division de la Santé de la Reproduction sur le TPI	16 193 198	0	0	0	0	16 193 198
Organiser une revue régionale de collecte et validation des données	105 677 530	105 677 530	105 677 530	105 677 530	105 677 530	528 387 648
Organiser une revue semestrielle avec les sites sentinelles et les acteurs impliqués dans la surveillance sentinelle	26 000 000	26 000 000	26 000 000	26 000 000	26 000 000	130 000 000
Intégrer les données du PNLP dans le nouveau logiciel de la DSIS	0	0	0	0	0	0
Assurer la participation du PNLP au processus	4 000 000	4 000 000	0	0	0	8 000 000

Interventions- Stratégies- Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
mettre en place un système de collecte et de reporting des données utilisant le téléphone mobile.	13 850 000	120 000 000	64 000 000	50 000 000	44 000 000	291 850 000
Publier des articles scientifiques à l'issu des évaluations menées par le PNLP.						0
Organiser des journées scientifiques de partage des résultats des études et des recherches réalisées.	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	100 000 000
organiser un atelier de restitution des résultats de l'évaluation de l'ordinogramme	4 000 000					4 000 000
Recycler les chargés de base de données au niveau district et RM et EPS sur la Base RBMME. (4 sessions)	42 980 000					42 980 000
Elaborer et partager un Bulletin épidémiologique semestriel.						0
Assurer l'assistance technique, la préparation des masques et outils d'Elaboration et tester les outils.	5 000 000					5 000 000
Collecter les données de base / Référence dans les districts AID		45 868 000	9 173 600	0	0	55 041 600
<b>SUPERVISION DES PRESTATAIRES</b>	<b>524 365 000</b>	<b>541 682 038</b>	<b>267 266 876</b>	<b>291 666 321</b>	<b>294 241 750</b>	<b>1 919 221 985</b>
Assurer la supervision semestrielle des points de prestation (EPS, Centre de santé et Poste de santé)	280 000 000	280 000 000				560 000 000
Acheter 30 tablettes pour leur utilisation dans la supervision	15 000 000					15 000 000
Assurer la maintenance des tablettes		4 500 000	4 500 000	4 500 000	4 500 000	18 000 000
Appuyer la supervision semestrielle des activités de District par les RM (Centre de santé et un échantillon de Poste de santé et structures privées)	42 000 000	42 000 000	42 000 000	42 000 000	42 000 000	210 000 000

## Plan de Suivi Evaluation 2014-2018

Interventions- Stratégies- Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
assurer la supervision des officines de pharmacie privées	4 965 000	8 000 000				12 965 000
Appuyer la supervision trimestrielle des activités communautaire au niveau District (Case de santé , DSDOM et ABCD)	182 400 000	182 400 000	182 400 000	182 400 000	182 400 000	912 000 000
mettre en place en un tableau de bord au niveau des DS et RM pour le suivi des recommandations des supervision sous la responsabilité d'un point focal	0					0
Assurer la supervision des activités de LAL et le suivi des activités de terrain		24 782 038	38 366 876	62 766 321	65 341 750	191 256 985
<b>Suivi de la qualité des intrants antipaludiques :</b>	<b>64 700 000</b>	<b>175 968 000</b>	<b>188 236 000</b>	<b>188 689 600</b>	<b>188 689 600</b>	<b>806 283 200</b>
Apporter un appui institutionnel aux structures chargées des activités d'AQ/CQ et PV ( DPM)	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
Apporter un appui institutionnel aux structures chargées des activités de CQ pour la prequalification(LNCM)	0	30 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	60 000 000
Apporter un appui institutionnel aux structures chargées des activités de CQ DPM)	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
Suivi de l'efficacité des médicaments antipaludiques	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	150 000 000
Systématiser le contrôle analytique des lots à la réception (ACT/LNCM)						0
Systématiser le contrôle analytique des lots à la réception (TDR/UCAD)						0
Organiser avec l'UCAD des sorties périodiques de CQ des TDR dans les structures périphériques (2 sorties annuelles)	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
Mener les activités de surveillance de la qualité des médicaments avec les MINILABS (2 sorties annuelles)						0

Interventions- Stratégies- Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Faire le suivi de la prise en charge des femmes enceintes par les ACT	1 000 000	10 000 000	10 000 000			21 000 000
Renouveler les conventions avec les structures chargées de l'AQ/CQ des intrants						0
Assurer le suivi de l'efficacité des MILDA et INSECTICIDE	8 700 000	28 700 000	8 700 000	8 700 000	8 700 000	63 500 000
Organiser avec l'UCAD des sorties périodiques de CQ des MILDA dans les structures périphériques et/ou les ménages (2 sorties annuelles)	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
Controler la qualité de la mise en œuvre et le suivi de l'efficacité des AID		52 268 000	104 536 000	114 989 600	114 989 600	386 783 200
<b>Optimisation des évaluations</b>	<b>359 474 480</b>	<b>111 087 660</b>	<b>401 087 660</b>	<b>1 087 660</b>	<b>1 087 660</b>	<b>873 825 120</b>
réaliser une évaluation d'impact des interventions de la lutte contre le paludisme pour la période 2011-2015		60 000 000				60 000 000
Effectuer une enquête nationale sur le paludisme(ENP)	359 474 480		400 000 000			759 474 480
Faire l'evaluation des campagnes de LAL		1 087 660	1 087 660	1 087 660	1 087 660	4 350 640
Faire l'evaluation du PSN 2011-2015		50 000 000				50 000 000
<b>Renforcement de la détection précoce et de la prédiction des épidémies</b>	<b>178 500 000</b>	<b>240 000 000</b>	<b>55 500 000</b>	<b>55 500 000</b>	<b>47 000 000</b>	<b>576 500 000</b>
former les ICP de 66 districts sur les directives de surveillance+ 33 EPS (Hôpitaux de niveau 1, 2 et 3)	105 000 000	60 000 000				165 000 000
Réactualiser la Stratification opérationnelle avec les données récentes.						0

Interventions- Stratégies- Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
réactualiser le profil épidémiologique		100 000 000				100 000 000
Identifier les districts et Poste de santé éligibles						0
Organiser une mission de Collecte rétrospectives des données dans les zones vertes et les zones SMC(et de sensibilisation de l'ensemble des acteurs concernés)	25 000 000	25 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	86 000 000
Orienter les ECD et les ICP sur la surveillance sentinelle et la transmission des données	5 000 000	5 000 000				10 000 000
Former les agents d'hygiène des districts sur les procédures de suivi entomologique	8 500 000	15 000 000	8 500 000	8 500 000		40 500 000
identifier chaque année les hots spots par les districts						0
faire chaque année la cartographie des hots spots au niveau national						0
Mettre en place un système de collecte et de reporting hebdomadaire des données de morbidité.						0
Organiser chaque année une revue de partage des données de surveillance dans les RM SMC (ECD + ECR + NC)	11 000 000	11 000 000	11 000 000	11 000 000	11 000 000	55 000 000
Organiser chaque année une revue de partage des données de surveillance dans les Districts SMC (ECD + ICP)	24 000 000	24 000 000	24 000 000	24 000 000	24 000 000	120 000 000
Collecter durant les revues semestrielles des sites les données météorologiques et limnométriques auprès des services et structures concernées	0	0	0	0	0	0
Partager les résultats de l'analyse des données météorologiques et limnométriques lors des revues semestrielles avec les sites sentinelles	0	0	0	0	0	0
Appuyer les différents sites dans la détermination des seuils conformément aux directives de surveillance (A chaque début d'année à S01). (dans les sites éligibles selon la disponibilité de l'information requise)	0	0	0	0	0	0

## Plan de Suivi Evaluation 2014-2018

Interventions- Stratégies- Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Intégrer le partage des données des instituts (IRD et de l'UCAD) dans l'agenda des revues semestrielles des sites sentinelles	0	0	0	0	0	0
<b>Intensification de la riposte et de l'investigation des cas</b>	<b>421 052 558</b>	<b>283 212 558</b>	<b>283 212 558</b>	<b>283 212 558</b>	<b>283 212 558</b>	<b>1 553 902 792</b>
Investiguer toutes les situations d'alerte épidémiques et situation d'urgence (clinique, entomologique, parasitologiques)	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	100 000 000
Mettre à jour tous les semestres (Durant les revues semestrielles des sites) les plans de riposte des épidémies des Districts cibles						0
Identifier les zones en situation d'urgence						0
Documenter tous les cas positifs dans les zones verte						0
Investiguer à partir d'un cas index 5 concessions dans les districts verts	275 680 000	137 840 000	137 840 000	137 840 000	137 840 000	827 040 000
Faire un suivi entomologique et parasitologique au niveau des sites sentinelles	3 404 600	3 404 600	3 404 600	3 404 600	3 404 600	17 023 000
FTAT (Focal test and treat) pendant 7 jours dans des zones Rouges et les zones jaunes (linguère, ranérou,kanel)	116 967 958	116 967 958	116 967 958	116 967 958	116 967 958	584 839 792
Appuyer en intrants les zones Eigibles (coût opérationnel de mise en place des ingrants).	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
<b>Promotion de la Recherche Operationnelle</b>	<b>388 000 000</b>	<b>287 100 200</b>	<b>141 102 486</b>	<b>223 069 086</b>	<b>141 102 486</b>	<b>1 180 374 258</b>
Organiser un atelier d'identification des besoins en termes de recherche opérationnelle	4 000 000	4 000 000				8 000 000

Interventions- Stratégies- Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Organiser des ateliers de partage des résultats de la recherche sur le paludisme	4 000 000	4 000 000				8 000 000
Mettre en place au sein du Cadre de concertation des partenaires de la lutte un groupe axé sur la recherche opérationnelle						0
Mise en place au niveau du PNLP d'une unité d'analyse de données de routine et de l'EDS continue						0
Identification des hot-spots au niveau national	50 000 000	0				50 000 000
Etude des déterminants de la faible couverture en TPI2 chez la femme enceinte		45 000 000				45 000 000
Evaluation de la Chimio Prévention Saisonniere du Paludisme en zone de forte transmission	100 000 000	100 000 000				200 000 000
Etude de l'impact de la transhumance sur les taux de morbidité	75 000 000	0				75 000 000
Evaluation des déterminants de la létalité palustre élevée	50 000 000	0				50 000 000
Etudes des Causes de persistance de la morbidité dans les districts prioritaires (Vélingara)	50 000 000	0				50 000 000
Etude sur l'élimination du paludisme dans les hot spots						0
étude de l'introduction des TDR dans le secteur privé	15 000 000	0				15 000 000
mener une recherche opérationnelle sur les différentes formes de motivation des DSDOM	20 000 000	0				20 000 000
Evaluation de la prévalence de la déficience en G6PD	20 000 000					20 000 000



Interventions- Stratégies- Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Analyse des facteurs entravant une bonne couverture en CPS en 2015		15 000 000				15 000 000
Etude de l'efficacité de la CPS administrée en campagne de masse sur la morbidité (annuelle)		25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	100 000 000
Etude de l'impact de la CPS sur les marqueurs moléculaires de résistance de la SP et de l'AQ (tous les deux ans) en 2016 et 2018			25 000 000		25 000 000	50 000 000
Etude de l'effet rebond de la CPS sur la susceptibilité de faire un accès palustre (à partir de 2016)			25 000 000	25 000 000	25 000 000	75 000 000
Impact de la SMC sur la mortalité toutes causes confondues et à la mortalité liée au paludisme (à partir de 2016)				35 000 000		35 000 000
Pour chaque district, choisir deux clusters de 50 ménages et faire l'enquête sur l'histoire des naissances				50 000 000		50 000 000
Etude de l'efficacité et de la tolérance de la Primaquine chez les enfants, les adultes et la femme enceinte				25 000 000		25 000 000
Financer les protocoles des Districts et Régions médicales sur la recherche opérationnelle		57 000 000	57 000 000	57 000 000	57 000 000	228 000 000
Evaluation et Surveillance de la sensibilité des vecteurs du paludisme aux insecticides		9 100 200	9 102 486	6 069 086	9 102 486	33 374 258
Renforcement des capacités de recherche en Entomologie		28 000 000	0	0	0	28 000 000

## **XII. CONCLUSION**

Le présent plan de suivi évaluation du cadre stratégique de lutte contre le paludisme définit clairement le contexte, les objectifs et les différentes étapes de la mise en œuvre. Il contient suffisamment d'information quant aux orientations en matière de S&E (système de collecte, traitement et utilisation de l'information recueillie de la communauté au niveau central, liste des indicateurs pour chaque niveau) pour les cinq prochaines années et participe ainsi à une meilleure harmonisation dans la collecte de l'information et une meilleure diffusion des résultats. Nous espérons que cela pourra contribuer à l'amélioration des performances en matière de gestion des activités de lutte contre le paludisme pour tous les acteurs.

### **XIII. ANNEXES**

**ANNEXE 1 :**

**Tableau des indicateurs:**

Buts et objectifs	Indicateurs	Sources	Baseline	Cible 2018	Fréquence de collecte	Responsable	Partenaires de mise en œuvre
<b>But</b>	<b>Indicateurs d'impact</b>						
Réduire la morbidité liée au paludisme pour atteindre le seuil épidémiologique de transition vers la pré élimination	Taux d'incidence	RBMME	27‰	< 5 pour 100	Annuelle	PNLP PNLP	District Hôpitaux
Réduire la mortalité liée au paludisme	Nombre de décès liés au paludisme	RBMME	815 Rapport 2013	144	Annuelle	PNLP	District Hôpitaux
<b>Objectifs</b>	<b>Indicateurs de résultat et Indicateurs d'effet</b>						
Amener population à dormir sous MILDA	Proportion de ménages possédant moins une MILDA	EDSC	67,5%	80%	Tous les 2 ans Tous les ans	PNLP MSP/SNIS	UCAD et autres Institutions
	Proportion de la population qui a dormi sous MILDA	EDSC	40.8	80%	Tous les 2 ans Tous les ans	PNLP MSP/SNIS	UCAD et autres Institutions
Protéger la population par les AID au niveau des zones ciblées	Proportion de la population protégée par l'AID dans les zones ciblées	EDSC	99.7	90% 99.7%	Tous les 2 ans Tous les ans	PNLP MSP/SNIS	UCAD et autres Institutions
Protéger des femmes enceintes par le TPI à la SP et les MILDA	Proportion de femmes enceintes ayant pris deux doses de SP conformément aux directives	RBMME	58%	80%	Annuelle Tous les 2 ans	PNLP PNLP	District hôpitalux UCAD Et autres Institutions
		EDSC	42%		Tous les ans	MSP/SNIS	
Confirmer par la GE ou le TDR les cas suspects de paludisme	Taux de confirmation des cas suspects de paludisme	RBMME	Rapport 2013 87,49	95% 100%	Annuelle Trimestrielle	PNLP PNLP	District Hôpitaux

Buts et objectifs	Indicateurs	Sources	Baseline	Cible 2018	Fréquence de collecte	Responsable	Partenaires de mise en œuvre
Rendre disponibles de façon permanente les médicaments et produits anti – paludiques	Proportion de structures sanitaires n’ayant pas connu une rupture d’ACT supérieure à 7 j au cours des 3 derniers mois	RBMME	95%	98%	Trimestrielle Annuelle  Tous les 2 ans	PNLP	
Assurer une gestion optimale du du programme	Taux d’absorption	Rapport du PNL	ND	95%	Annuelle	PNLP	
	Taux de réalisation des activités	Rapport du PNL	ND	95%	Annuelle	PNLP	
Assurer la disponibilité à temps et l’utilisation des données	Taux de complétude et de promptitude	Rapport activité PNL	96,65% 93%	99% 100 %	Trimestrielle Annuelle	PNLP	
Mettre en place un système de surveillance performant	Taux de détection des épidémies au niveau des zones vertes selon les directives nationales	Rapport PNL	100%	100%	Annuelle	PNLP	
	Pourcentage d’épidémies maîtrisées dans les deux semaines suivant leur détection	Rapport PNL	100%	100%	Annuelle	PNLP	
Assurer une protection des enfants cibles contre le paludisme par la CPS	Proportion d’enfants de 3-120 mois ayant bénéficié de tous les passages CPS	Rapport PNL -EPC	ND	95%	Annuelle	PNLP	UCAD
Augmenter les connaissances des populations en matière de lutte contre le paludisme	Pourcentage de la population connaissant les mesures préventives de lutte contre le paludisme	ENP EDSC	ND	95%	Tous les 2ans annuelle	PNLP MSP/SNIS	UCAD et autres Institutions
Renforcer la LAL	Proportion de gîtes larvaires traités aux biolarvicides	Rapport PNL	0	95%		PNLP	UCAD/SNH
Assurer le traitement prétransfert des enfants cibles	Proportion d’enfant de moins de 10 ans référés pour paludisme grave ayant reçu un traitement prétransfert au rectocaps	Rapport PNL	ND	100%	Annuelle	PNLP	

## **ANNEXE 2:**

### **LA COLLECTE DES DONNEES AU NIVEAU PERIPHERIQUE**

#### **1. Au niveau communautaire**

##### ***a). Les supports de collecte :***

Il existe le cahier du relais, fiche établie par les partenaires, registres, etc.

##### ***b). La collecte de données :***

Plusieurs acteurs assurent la collecte de données à savoir, l'ASC, le relais communautaire, les DSDOM et les ECS. Le relais communautaire et les ECS sont chargés de recenser dans la communauté: le nombre de cas de paludisme pris en charge ; le nombre de familles ayant vraiment accroché la MILDA, le nombre de causeries sur le paludisme afin d'orienter les femmes enceintes pour le TPI, etc.

Les DSDOM sont des acteurs communautaires qui vont distribuer dans la communauté des ACT, des TDR et recenser le nombre de cas de fièvre, le nombre de comprimés distribués et le nombre de TDR faits.

L'ASC quant à lui doit recenser également le nombre de cas de paludisme pris en charge et superviser les relais communautaires.

#### **2. A divers niveaux d'institutions du système de santé :**

##### **2.1. Le poste de santé**

C'est la structure périphérique du district sanitaire avec comme responsable l'ICP. Son rôle principal est la collecte et la transmission mensuelle des rapports des activités menées.

##### ***a). Les supports de collecte :***

Ce sont des instruments permettant de recueillir et de traiter l'information (Voir annexes). On peut citer : les dossiers des malades, les registres, les fiches récapitulatives de la situation des malades vus en consultation externe (CFR/FORM I), le rapport global de zone.

##### ***b). La collecte de données :***

L'ICP doit:

- Remplir les données relatives aux indicateurs recherchés et correspondant à son aire de service. Le remplissage se fait en : (i) Relevant le nombre de nouveaux cas pour la période considérée. Les nouveaux cas comprennent les malades vus aux niveaux de la consultation de l'ICP, des consultations maternité (à l'exclusion des CPN), des consultations post-natales ; (ii) Relevant tous les nouveaux cas suspects tel que défini par l'ordinogramme et qui doivent faire l'objet d'un TDR ; (iii) Relevant le nombre de TDR réalisés au niveau des unités de consultation externe du poste de santé pour les malades externes suspects pour la période concernée (Ceci doit inclure les TDR négatifs et les TDR positifs) ; (iv) relevant les cas suspects qui ont eu un TDR positif ; (v) Relevant à partir du registre de consultation générale tous les cas de paludisme grave mentionnés conformément à la définition de cas de paludisme grave ; (vi) Relevant tous les cas de paludisme grave qui ont fait l'objet d'une référence documentée sur le registre ou tout autre support ; (vii) relevant tous mouvements des stock des ACT, du SP, des MILDA.

- Respecter les procédures de remplissage ;
- Compiler et faire la synthèse des informations venant du niveau communautaire ;
- Vérifier la qualité des données reçues et les données de synthèse, soit par un entretien téléphonique, par un déplacement de l'ICP vers les cases de santé ou un retour vers les registres de consultations ou dossiers des malades ;
- Rédiger un rapport mensuel ;
- Vérifier la disponibilité et la bonne tenue des outils de collecte.

En cas de données manquantes, l'ICP doit dans un premier temps retourner vers les cases de santé et dans un deuxième temps indiquer explicitement la nature du manquement, ses causes et l'attitude préconisée pour le futur.

## **2.2.Le Centre de santé**

### *c). Les supports de collectes :*

Au titre de ces supports on note : les dossiers des malades, les registres, les fiches récapitulatives de la situation des malades vus en consultation externe (CFR/FORM I), en hospitalisation (CFR/FORM II), les registres d'hospitalisation, les fiches des patients décédés en hospitalisation (CFR/FORM III), la fiche de suivi mensuel des mouvements des stocks d'ACT et la fiche de synthèse mensuelle de la consommations des ACT.

### *d). La collecte de données :*

Le Major du Centre de Santé doit :

- Respecter les procédures de remplissage des supports de collecte;
- Compiler et faire la synthèse des informations venant des différentes unités de soins ;
- Vérifier la qualité des données, au besoin en se reportant aux registres de consultations, dossiers des malades, fiches de gestion des stocks ;
- Rédiger un rapport trimestriel.

En cas de données manquantes, le Major doit relancer les chefs d'unités de soins et au besoin les assister dans l'exploitation des fiches et registres.

De son côté le Médecin Chef du Centre de Santé doit :

- Vérifier la qualité des données (reçues des unités et de synthèse)
- Vérifier la disponibilité et la bonne tenue des outils de collecte.

## **2.3.District sanitaire (ECD)**

Il a comme responsable le médecin chef de district. Son rôle est de centraliser, valider et transmettre des rapports trimestriels.

### *a). Les supports de collecte*

On note : les fiches récapitulatives de la situation des malades vus en consultation externe (CFR/FORM I), en hospitalisation (CFR/FORM II), fiches des patients décédés en hospitalisation (CFR/FORM III), fiche de synthèse des informations sur la gestion et l'utilisation des TDR dans le district, fiche de collecte trimestrielle, fiche de suivi mensuel des mouvements des stocks d'ACT au dépôt de district, fiche de synthèse mensuelle de la consommations des ACT dans le district.

**b). *La collecte de données***

Elle est réalisée par le Superviseur des Soins de Santé Primaires, qui doit :

- Respecter les procédures de remplissage des supports de collecte;
- Compiler et faire la synthèse des informations venant des différents postes de santé et des ONG travaillant dans le district et dans le domaine de la lutte contre le paludisme ;
- Vérifier la qualité des données (reçues), en ayant recours au besoin, soit à un entretien téléphonique, soit en se déplaçant vers les postes de santé pour voir les registres de consultations, dossiers des malades, fiche de gestion des stocks ;
- Rédiger un rapport trimestriel.

De son côté le MCD doit :

- Vérifier la qualité des données (reçues des PS, CS et de synthèse)
- Veiller à la formation des ICP et autres acteurs concernés ;
- En cas de données manquantes, le MCD doit retourner vers les postes de santé pour en connaître les causes et si possible y remédier ou interpeler le MCCR.

**2.4.Région médicale (ECR)**

Structure déconcentrée du niveau central, la région médicale est dirigée par le médecin chef de région. Son rôle est de centraliser et traiter les données spécifiques provenant des différents acteurs régionaux.

**a). *Les supports de collecte***

Ce sont les rapports des districts sanitaires et des hôpitaux, les données des ONGs et PTFs de la région.

**b). *La collecte de données***

Les tâches de suivi-évaluation sont exécutées par le Superviseur régional des Soins de Santé Primaires.

Le Superviseur régional SSP doit contrôler la qualité des données collectées et transmises à travers les rapports, puis synthétiser ces données qui doivent être validées. Il doit également rédiger un rapport semestriel.

**2.5.Le niveau central :**

**a). *PNLP***

Le responsable du S/E du PNLN à travers sa cellule doit : centraliser les données issues des supports provenant, des districts et des enquêtes nationales, notamment les enquêtes auprès des ménages.

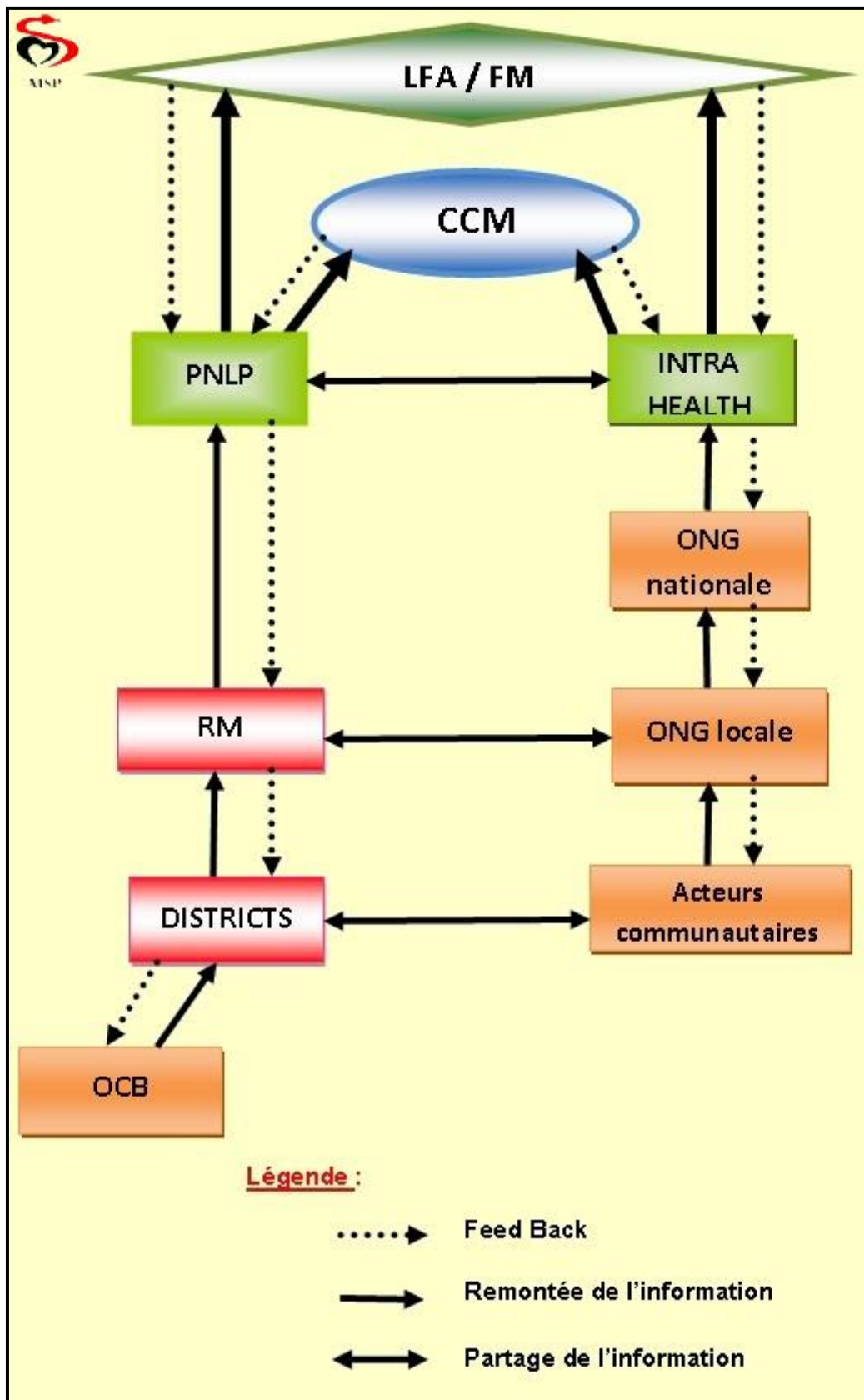
**b). *Supports de collecte***

Le responsable du S/E du PNLN doit utiliser les rapports venant des districts, des rapports des structures internationales intervenant dans le paludisme et les données du système national d'information sanitaire. Aussi les principales sources des données sont les études de base, les enquêtes de base, les audits, etc. Elles constitueront les principales sources, et un outil vital, pour mesurer les changements qui découlent des activités du PNLN.



ANNEXE 3 :

Circuit de transmission des données au Fonds mondial



#### ANNEXE 4 :

#### Mise en œuvre des activités de recherches et enquête

Activités de recherche	Réponses
<ul style="list-style-type: none"><li>• Assurer le suivi de la sensibilité des parasites aux antipaludiques</li><li>• Assurer le contrôle de qualité du diagnostic biologique</li><li>• Réaliser le contrôle de qualité et le suivi de l'efficacité des traitements antipaludiques :</li><li>• Assurer le suivi de l'efficacité et le contrôle de la qualité des MILDA</li><li>• Assurer le suivi de l'efficacité sur le portage asymptomatique, l'anémie et le portage gamétocytaire dans les zones CPS</li><li>• Etude de l'impact de la CPS sur les marqueurs moléculaires de résistance de la SP et de l'AQ</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pour les besoins de l'assurance de la qualité des produits, cette proposition fera recours aux différents organismes et institutions que sont la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL), le laboratoire national de contrôle des médicaments (LNCM), la Commission Nationale de Gestion des Pesticides et Produits Chimiques logée au Ministère de l'Environnement et de la Protection de la nature. Ces structures ont eu à gérer, chacune en ce qui la concerne, les tâches relatives à l'assurance qualité des produits.</li><li>• De même, pour les MILDA, les insecticides utilisés feront l'objet d'un suivi par le Centre Antipoison (CAP) pour le renforcement du dispositif de toxicovigilance.</li><li>• Pour les besoins du suivi de l'efficacité et de la qualité des produits, des projets de recherche opérationnelle seront exécutés par l'UCAD et les instituts de recherche.</li><li>• Une enquête transversale sera réalisée chaque année en fin de transmission chez un échantillon d'enfants chez qui seront réalisés des gouttes épaisses, un hémocue. Une sous-analyse sera effectuée pour comparer la prévalence du paludisme infection et l'anémie dans les villages à fort taux de couverture versus villages à faible taux de couverture</li><li>• L'étude de ces marqueurs moléculaires de résistance se fera à travers un échantillon de TDRs positifs réalisés chez les enfants dans les villages de la CPS pendant la période d'administration et une enquête transversale réalisée à la fin de la saison de transmission au niveau des ménages avec recueil de gouttes de sang sur un papier filtre</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mener des enquêtes annuelles de couverture</li><li>• Réaliser une enquête nationale sur les indicateurs du paludisme (ENPS) en 2013 et en 2015</li></ul>	Il a été retenu de mener une enquête de couverture plus ciblée durant les années où il n'est pas prévu d'organiser un ENPS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mener une activité de recherche socio-anthropologique sur les facteurs d'appropriation de la stratégie PECADOM</li></ul>	Il s'agit de recruter un consultant pour mener cette recherche qui permettra d'améliorer la mise en œuvre de la PECADOM

## **ANNEXE 1 : Cadre de performance PNLP, Intra Health Fonds Mondial : Nouveau Modèle de Financement**

<b>Buts :</b>	
1	<b>Decrease malaria related morbidity to reach a level of pre-elimination by 2018</b>
2	<b>Decrease malaria-related mortality by 75% by 2018</b>

<b>Lié au(x) but(s) n°</b>	<b>Indicateur d'impact</b>	<b>Commentaires</b>
1	<b>Malaria I-2:</b> Cas de paludisme confirmés (par microscopie ou test de diagnostique rapide (TDR) ) pour 1000 habitants par an	<p>The data for this indicator, breakdown per age, will be collected annually from the compiled routine data in the Roll Back Malaria database. Targets are in line with those of the National Strategic Plan 2014-2018. Population estimates are as follows: 2015: 14'318'196; 2016: 14'704'787; 2017: 15'101'814</p> <p>An annual program statistics report will be issued at the end of each year by the National Malaria Control Program (PNLP) and will be considered as the main source of malaria related data.</p> <p><b>Numerator:</b> Number of confirmed malaria cases (microscopy and rapid diagnostics tests (RDT) ) per 1000 population per year</p> <p><b>Denominator:</b> Total population per year</p>
2	<b>Malaria I-3:</b> Nombre de décès de patients hospitalisés dus au paludisme pour 1000 habitants et par an	<p>Data will be collected annually from the compiled routine data in the Roll Back Malaria database. The breakdown per age will be provided. Targets are in line with those of the National Strategic Plan 2014-2018. Estimates for populations are as follow: 2015: 14'318'196; 2016: 14'704'787; 2017: 15'101'814</p> <p>An annual program statistics report will be issued at the end of each year by the National Malaria Control Program (PNLP) and will be considered as the main source of malaria related data.</p> <p><b>Numerator:</b> Number of malaria related in-patients deaths per 1000 population and per year</p> <p><b>Denominator:</b> Total population</p>
1	<b>Malaria I-5:</b> Prévalence parasitaire : proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une infection palustre	<p>Data will be collected from the continuous. Although the EDS report covers 2012 and 2013, the baseline data is valid for 2013 only as mentioned on the cover page of the document. However, starting in 2014, the EDS report will only cover one year. According to the National Statistics and Demography Agency, the draft report will be issued in February each year (N) for the prior year (N-1). This data will be shared with the national malaria control program once it's ready.</p> <p><b>Numerator:</b> Number of children aged 6-59 months with a positive microscopic test</p> <p><b>Denominator:</b> Total number of children aged 6-59 months tested with microscopy</p>

Lié au(x) but(s) n°	Indicateur d'impact	Pays	Données de référence			Ventilation obligatoire	Cibles							
			Valeur	Année	Source		2015	Date de remise du rapport	2016	Date de remise du rapport	2017	Date de remise du rapport	2018	Date de remise du rapport
1	Malaria I-2: Cas de paludisme confirmés (par microscopie ou test de diagnostic rapide (TDR) ) pour 1000 habitants par an	Senegal	27	2013	HMIS	âge	17‰	30/03/2016	12‰	30/03/2017	7‰	30/03/2018	5‰	30/03/2019
2	Malaria I-3: Nombre de décès de patients hospitalisés dus au paludisme pour 1000 habitants et par an	Senegal	0,06	2013	HMIS	âge	0,06‰	30/03/2016	0,05‰	30/03/2017	0,05‰	30/03/2018	0,04‰	30/03/2019
1	Malaria I-5: Prévalence parasitaire : proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une infection palustre	Senegal	2,80%	2013	DHS/DHS+ (enquête démographique et sanitaire)		2,50%	30/03/2016	2,00%	30/03/2017	1,80%	30/03/2018	1,50%	30/03/2019

Objectifs du programme et indicateurs d'effets	
1	At least 80% of the population sleeps under an LLIN
2	Protect at least 80% of pregnant women with the intermittent preventive treatment (IPTp) using SP in line with national guidelines
3	Diagnose at least 95% of suspected malaria cases with rapid diagnostics tests (RDTs) or microscopy
4	Treat 100% of confirmed malaria cases according to national guidelines
5	Control 100% of epidemics and emergency situations within 2 weeks of detection

Lié à ou aux objectifs n°	Indicateur d'effet	Commentaires
1	<b>Malaria O-1a:</b> Proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) la nuit précédente	<p>Data will be collected from the continuous Electronic Data System (EDS). Although the EDS reports covers 2012 and 2013, the baseline data is valid for 2013 only as mentioned on the cover page of the document. However, starting in 2014, the EDS report will only cover one year. According to the National Statistics and Demography Agency, the draft report will be issued in February each year (N) for the prior year (N-1). This data will be shared with the national malaria control program once it's ready.</p> <p><b>Numerator:</b> Number of people who slept under an ITN the previous night</p> <p><b>Denominator:</b> Total population interviewed</p> <p>An ITN is either an LLIN (Long Lasting insecticide-treated Net) or a pre-treated bednet obtained less than 12 months before the survey or a bednet that was treated/impregnated with an insecticide less than 12 months before the survey. Senegal's national strategy doesn't include the re-treatment of bednets. All bednets procured by the country are LLINs (shelf life of 3 years). However, the existence of a small proportion of non-LLIN bednets have been reported during field surveys. These nets are either locally produced or brought from neighboring countries.</p>

Lié à ou aux objectifs n°	Indicateur d'effet	Commentaires
1	<b>Malaria O-1b:</b> Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide*	<p>Data will be collected from the continuous Electronic Data System (EDS). Although the EDS reports covers 2012 and 2013, the baseline data is valid for 2013 only as mentioned on the cover page of the document. However, starting in 2014, the EDS report will only cover one year. According to the National Statistics and Demography Agency, the draft report will be issued in February each year (N) for the prior year (N-1). This data will be shared with the national malaria control program once it's ready.</p> <p><b>Numerator:</b> Number of children under the age of 5 who slept under an ITN the previous night  <b>Denominator:</b> Total number of children under 5 living in the households visited</p> <p>An ITN is either an LLIN (Long Lasting insecticide-treated Net) or a pre-treated bednet obtained less than 12 months before the survey or a bed net that was treated/impregnated with an insecticide less than 12 months before the survey. Senegal's national strategy doesn't include the re-treatment of bednets. All bednets procured by the country are LLINs (shelf life of 3 years). However, the existence of a small proportion of non LLIN bednets have been reported during field surveys. These nets are either locally produced or brought from neighboring countries.</p>
1	<b>Malaria O-1c:</b> Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide* la nuit précédente	<p>Data will be collected from the continuous Electronic Data System (EDS). Although the EDS reports covers 2012 and 2013, the baseline data is valid for 2013 only as mentioned on the cover page of the document. However, starting in 2014, the EDS report will only cover one year. According to the National Statistics and Demography Agency, the draft report will be issued in February each year (N) for the prior year (N-1). This data will be shared with the national malaria control program once it's ready.</p> <p><b>Numerator:</b> Number of pregnant women who report having slept under an ITN the previous night  <b>Denominator:</b> Number of pregnant women living in the households visited.</p> <p>An ITN is either an LLIN (Long Lasting insecticide-treated Net) or a pre-treated bednet obtained less than 12 months before the survey or a bed net that was treated/impregnated with an insecticide less than 12 months before the survey. Senegal's national strategy doesn't include the re-treatment of bednets. All bednets procured by the country are LLINs (shelf life of 3 years). However, the existence of a small proportion of non LLIN bednets have been reported during field surveys. These nets are either locally produced or were brought from neighboring countries.</p>
1	<b>Malaria O-3:</b> Proportion de personnes utilisant une moustiquaire imprégnée d'insecticide parmi les personnes disposant d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide	<p>Data for this indicator will be provided either by the DHS or post-campaign surveys.</p> <p><b>Numerator:</b> Number of people who reported sleeping under an ITN the previous night  <b>Denominator:</b> Population of households visited with at least one ITN</p> <p>An ITN is either an LLIN (Long Lasting insecticide-treated Net) or a pre-treated bednet obtained less than 12 months before the survey or a bed net that was treated/impregnated with an insecticide less than 12 months before the survey. Senegal's national strategy doesn't include the re-treatment of bednets. All bednets procured by the country are LLINs (shelf life of 3 years). However, the existence of a small proportion of non LLIN bednets have been reported during field surveys. These nets are either locally produced or were brought from neighboring countries.</p>

Lié à ou aux objectifs n°	Indicateur d'effet	Commentaires
1	<p><b>Malaria O-5:</b> Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide</p>	<p>Data for this indicator will be provided either by the DHS or post-campaign surveys.</p> <p><b>Numerator:</b> Number of households visited with at least one bednet treated with an insecticide approved by the national policy</p> <p><b>Denominator:</b> Total number of households visited.</p> <p>An ITN is either an LLIN (Long Lasting insecticide-treated Net) or a pre-treated bednet obtained less than 12 months before the survey or a bed net that was treated/impregnated with an insecticide less than 12 months before the survey. Senegal's national strategy doesn't include the re-treatment of bednets. All bednets procured by the country are LLINs (shelf life of 3 years). However, the existence of a small proportion of non LLIN bednets have been reported during field surveys. These nets are either locally produced or were brought from neighboring countries.</p>
1	<p><b>Malaria O-6:</b> Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes</p>	<p>Data from this indicator will come from the continuous EDS.</p> <p><b>Numerator:</b> Number of households visited with at least 1 ITN for 2 people.</p> <p><b>Denominator:</b> Total number of households visited.</p> <p>An ITN is either an LLIN (Long Lasting insecticide-treated Net) or a pre-treated bednet obtained less than 12 months before the survey or a bed net that was treated/impregnated with an insecticide less than 12 months before the survey. Senegal's national strategy doesn't include the re-treatment of bednets. All bednets procured by the country are LLINs (shelf life of 3 years). However, the existence of a small proportion of non LLIN bednets have been reported during field surveys. These nets are either locally produced or were brought from neighboring countries.</p>

Lié à ou aux objectifs n°	Indicateur d'effet	Pays	Données de référence			Ventilation obligatoire	Cibles							
			Valeur	Année	Source		2015	Date de remise du rapport	2016	Date de remise du rapport	2017	Date de remise du rapport	2018	Date de remise du rapport
1	Malaria O-1a: Proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) la nuit précédente	Senegal	41%	2013	DHS/DHS+ (enquête démographique et sanitaire)		55%	30-mars-16	70%	30-mars-17	85%	30-mars-18	85%	30-mars-19
1	Malaria O-1b: Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide*	Senegal	46%	2013	DHS/DHS+ (enquête démographique et sanitaire)	Sexe	55%	30-mars-16	70%	30-mars-17	85%	30-mars-18	85%	30-mars-19
1	Malaria O-1c: Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide* la nuit précédente	Senegal	43%	2013	DHS/DHS+ (enquête démographique et sanitaire)	NA	55%	30-mars-16	70%	30-mars-17	85%	30-mars-18	85%	30-mars-19
1	Malaria O-3: Proportion de personnes utilisant une moustiquaire imprégnée d'insecticide parmi les personnes disposant d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide	Senegal	51%	2013	DHS/DHS+ (enquête démographique et sanitaire)	NA	60%	30-mars-16	75%	30-mars-17	85%	30-mars-18	85%	30-mars-19
1	Malaria O-5: Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide	Senegal	68%	2013	DHS/DHS+ (enquête démographique et sanitaire)	NA	75%	30-mars-16	95%	30-mars-17	96%	30-mars-18	97%	30-mars-19
1	Malaria O-6: Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes	Senegal	36,30%	2013	DHS/DHS+ (enquête démographique et sanitaire)	NA	60%	30-mars-16	80%	30-mars-17	80%	30-mars-18	80%	30-mars-19



## E. Modules

Module 1	Lutte antivectorielle
Indicateur de couverture/produit	Commentaires
<p>VC-1: Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée distribuées aux populations à risque à travers des campagnes à grande échelle</p>	<p>A national free LLIN distribution campaign covering almost all regions will be organized. The distribution strategy will be based on the number of sleeping space provided by household census. The different steps of the campaign will be as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Training of actors</b> (Regional health team (ECR), District Health Team, Nurse Post Chief (ICP), community health agents and supervisors)</li> <li>- <b>Census of sleeping space</b></li> <li>- <b>Distribution</b></li> <li>- <b>Post distribution home visits</b> to assess the hang-up rate of LLINs and provide additional sensitization messages on malaria and the importance of using LLINs,</li> <li>- <b>Monitoring and Evaluation</b> of the campaign, <b>logistics</b> (visit of LLINs' storage sites at the district level, transportation of LLINs, etc.)</li> <li>- <b>Multiplication and distribution of the campaign's management and M&amp;E tools to districts .</b></li> </ul> <p>During the need analysis exercise, the needs for the universal coverage campaign at the national level were estimated at <b>8 169 326 LLINs</b>. The Global Fund, PMI and the Islamic Development Bank provide a total of <b>7 378 854 LLINs</b>. <b>There is therefore a gap of 790 472 to be filled by 2016.</b></p>

Module 1	Lutte antivectorielle																						
Indicateur de couverture/produit	Répondant principal	Est un sous-ensemble d'un autre indicateur (le cas échéant)	Zone géographique (si infranational, l'indiquer sous "Commentaires")	Total cumulé pour la décision annuelle de financement	Données de référence				Ventilation obligatoire	Cibles													
										Jan 2015 - Jun 2015		Jul 2015 - Dec 2015		Jan 2016 - Jun 2016		Jul 2016 - Dec 2016		Jan 2017 - Jun 2017		Jul 2017 - Dec 2017			
					N #	%	N #	%		N #	%	N #	%	N #	%	N #	%						
					D #		D #			D #		D #		D #		D #							
VC-1: Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée distribuées aux populations à risque à travers des campagnes à grande échelle	IH		National	Non cumulatif	3285667		2013	Rapports (préciser)	NA														

Mesures de suivi du plan de travail					
#	Intervention	Activités principales	Repères/Cibles (max. 200 caractères)	Critère de réalisation	Observations (max. 500 caractères)
1	IEC/CCC	Mise en oeuvre de la campagne de communication pour accompagner la campagne de distribution des MILD	Production de 37,000 Tee-shirt et 37,000 casquettes	Contrat de production de teeshirts et casquettes, BAT des Tee shirt et casquette , Rapport final de la campagne de communication	Une campagne de communication sera organisée pour accompagner la campagne nationale de distribution de masse de MILDA. Des supports de communication seront élaborés et mis à la disposition des districts. Egalement des supports TV et radio seront élaborés et diffusés. Un lancement regional sera organisé dans chaque région. Le contrat de production des tee shirt et des casquettes, les BAT et le rapport de campagne de communication seront les critères de réalisation <b>(IH)</b>
3	Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée : campagne à grande échelle	Formation des acteurs par MILDA distribué en couverture universelle	360 ECR et ECD formés. Des ICP, relais et superviseurs formés	Rapport des districts/ Rapport campagne	Un plan de formation sera développé dans le dernier trimestre de 2015 et sera basé sur les données de la macroplanification. Ce plan sera réajusté au démarrage de la campagne, lors de la formation des ICP avec la microplanification. Actuellement l' estimation concernant les ECR et ECD et 360 prestataires lorsque nous considérons 14 régions et 76 districts . Le nombre d'ICP, relais et superviseurs à former dépendra du nombre de postes de santé fonctionnels lors de la macroplanification. Les chiffres estimatifs seront donc précisés après cet exercice. Il faut noter que ces chiffres pourront faire l'objet de changement lors de la micro-planification. <b>(IH)</b> .
5		Activités de suivi évaluation de la campagne par MILDAs en couverture universelle	Supervisions des activités de la campagne de distribution des MILDAs conduites dans les 76 districts des 14 régions.	Rapports de supervision et rapport de l'évaluation au niveau des districts/ rapport campagne	Les rapports de synthèse pour chaque région seront les critères de réalisation <b>(IH)</b>
6		Transport des MILDAs	Transporter 7 378 854 MILDA	Contrat avec le Transporteur/Borderaux de livraison et rapport de campagne	Contractualisation avec un transporteur pour l' acheminement au niveau des districts 7 378 854 MILDAs. Le contrat avec le transporteur et les borderaux de livraison seront les critères de réalisation <b>(IH)</b>

Module 2		Prise en charge			
Indicateur de couverture/produit	Réциpiendaire principaux responsables	Est un sous-ensemble d'un autre indicateur (le cas échéant)	Zone géographique (si infranational, l'indiquer sous "Commentaires")	Total cumulé pour la décision annuelle de financement	Commentaires
CM-1a: Proportion de cas suspect de paludisme soumis à un test parasitologique dans des établissements de santé du secteur public	MSAS		National	Cumulatif	<p>The data used to calculate this indicator comes from 2 different sources (health facilities and the community level). In 2013, 867 154 suspected malaria cases ( of which 773 002 were reported by health facilities) were reported in public health facilities and the community. Since the introduction of RDTs in 2007, this is the greatest number of cases reported to date. The scale up of service delivery coupled with a greater availability of RDTs should allow to reach 90 to 100% of the target. The source of the data remains PNLP's reports. In 2013, the proportion of suspected cases diagnosed in the 1st semester is 17% of the annual caseload. The estimation of the number of expected cases during the first semester of the following years was based on the proportion of 2013.</p> <p><b>Numerator:</b> number of total suspected malaria cases tested (microscopy or RDT) for the period in public health facilities <b>(670 782 in 2013)</b>  <b>Denominator:</b> number of total malaria cases reported for the period in public health facilities <b>(773 002 in 2013)</b></p>
CM-1b: Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans la communauté	MSAS		National	Cumulatif	<p>The number of suspected cases at the community level (Home Management of Malaria (HMM) and health huts) was 94 152 in 2013. Targets for the upcoming years were calculated based on 2013's figures. The proportion of the breakdown by semester remains the same as in 2013 as well (17% in the first semester and 93% in the second).</p> <p><b>Numerator:</b> number of total suspected malaria cases tested (microscopy or RDT) for the period at the community level <b>(87 918 in 2013)</b>  <b>Dénominateur:</b> number of total malaria cases reported for the period at the community level <b>(94 152 in 2013)</b></p>

Indicateur de couverture/produit	Réциpiendaire principaux responsables	Est un sous-ensemble d'un autre indicateur (le cas échéant)	Zone géographique (si infranational, l'indiquer sous "Commentaires")	Total cumulé pour la décision annuelle de financement	Commentaires
CM-2a: Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention, conformément à la politique nationale, dans des établissements de santé du secteur public	MSAS	CM-1a	National	Cumulatif	<p>Targets are calculated by multiplying the population by the projected incidence rate. The scale up of service delivery (community case management) coupled with the increased availability of ACTs should allow to achieve 90 - 100% of appropriate case management with ACT. The source of the reported data is the PNL P's periodic reports. The breakdown of confirmed malaria cases in the first and second semesters of 2013 is 6,4% and 93,6% respectively. This indicator measures the number of uncomplicated malaria cases treated with ACTs. The baseline doesn't take into account pregnant women and severe cases. However, the case management policy now recommends that ACTs be used to treat malaria in pregnancy. Pregnant women will therefore be taken into account in the target starting in 2014.</p> <p><b>Numerator:</b> Number of confirmed uncomplicated malaria cases treated with an ACT in public health facilities  <b>Denominator:</b> Total number of confirmed uncomplicated malaria cases reported in public health facilities.</p>
CM-2b: Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention, conformément à la politique nationale, dans la communauté	MSAS	CM-1a	National	Cumulatif	<p>The reported data takes into account figures from both HMM and health huts. In 2013, the proportion of cases reported at the community level was 11% of total malaria cases reported. This proportion was taken into account in the estimation of targets for the upcoming years which is based on the targeted annual incidence rate.</p> <p><b>Numerator:</b> Number of confirmed uncomplicated malaria cases treated with ACTs at the community level <b>(401 26 en 2013)</b>  <b>Denominator:</b> Total number of confirmed uncomplicated malaria cases reported for the period at the community level <b>(40 126 en 2013)</b></p>

**NB :** Un pourcentage de traitement de 100% de traitement avec les antipaludiques de 1er intention est attendu du niveau communautaire vu qu'il ne dispose pas d'autres médicaments antipaludiques.

Module 2	Prise en charge																
Indicateur de couverture/produit	Données de référence				Ventilation obligatoire	Cibles											
	N	%	Année	Source		Jan 2015 - Jun 2015		Jul 2015 - Dec 2015		Jan 2016 - Jun 2016		Jul 2016 - Dec 2016		Jan 2017 - Jun 2017		Jul 2017 - Dec 2017	
						N #	%	N #	%	N #	%	N #	%	N #	%	N #	%
						D #		D #		D #		D #		D #		D #	
CM-1a: Proportion de cas suspect de paludisme soumis à un test parasitologique dans des établissements de santé du secteur public	670 782	86,8%	2013	Rapports (préciser)	âge	122 212	93%	718 892	93%	124 840	95%	734 352	95%	128 782	98%	757 542	98%
	773 002					131 410		773 002		131 410		773 002		131 410		773 002	
CM-1b: Proportion de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans la communauté	87918	93,4%	2013	Rapports (préciser)	âge	15 206	95%	89 444	95%	15 526	97%	91 327	97%	15 686	98%	92 269	98%
	94152					16 006		94 152		16 006		94 152		16 006		94 152	
CM-2a: Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention,	289769	97,5%	2013	Rapports (préciser)	âge	12 722	98,0%	198 779	98,0%	9 223	98,0%	144 103	98,0%	5 638	100%	88 091	100,0%
	297125					12 981		202 835		9 411		147 044		5 638		88 091	

Module 2	Prise en charge																
Indicateur de couverture/produit	Données de référence				Ventilation obligatoire	Cibles											
	N	%	Année	Source		Jan 2015 - Jun 2015		Jul 2015 - Dec 2015		Jan 2016 - Jun 2016		Jul 2016 - Dec 2016		Jan 2017 - Jun 2017		Jul 2017 - Dec 2017	
						N #	%	N #	%	N #	%	N #	%	N #	%	N #	%
	D					D #		D #		D #		D #		D #		D #	
conformément à la politique nationale, dans des établissements de santé du secteur public																	
CM-2b: Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention, conformément à la politique nationale, dans la communauté	40 126					1 604		25 070		1 163		18 174		697		10 888	
		100,0%	2013	Rapports (préciser)	âge		100,00%		100,00%		100,00%		100,00%		100,00%		
	40126					1 604		25 070		1 163		18 174		697		10 888	

Module 3	RSS - Suivi et évaluation				
Indicateur de couverture/produit	Réципиентаire principaux responsables	Est un sous-ensemble d'un autre indicateur (le cas échéant)	Zone géographique (si infranational, l'indiquer sous "Commentaires")	Total cumulé pour la décision annuelle de financement	Commentaires
M&E-1: Pourcentage d'entités déclarantes présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales	MSAS	Veillez sélectionner...	National	Non cumulatif	<p>The source of the data will be monthly reports submitted by health facilities (76 districts and 31 hospitals for year 1 and 35 hospitals starting in year 2).</p> <p><b>Numerator:</b> Number of health facilities (districts and hospitals) which have submitted a complete report in a timely manner</p> <p><b>Dénominateur:</b> Total number of functional health facilities (districts hospitals)</p> <p>A report is dubbed complete when all indicators have been reported and the standard reporting template has been used. Reviews are held 15 days after the end of the quarter. Districts and hospitals are given an additional week to correct and consolidate their data in line with recommendations made during the review. Any report submitted beyond that date (21 days after the end of the trimester) is rated 0 for timeliness.</p>
M&E-1: Pourcentage d'entités déclarantes présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales	IH	Veillez sélectionner...	National		<p>The target for this indicator will cumulate the numerators and denominators of the 2 quarters. A report is dubbed complete when all indicators are reported and the standard reporting template has been used. The submission deadline is 15 days after the end of the quarter.</p> <p><b>Numerator:</b> Number of contracting NGOs which submitted complete reports in a timely manner</p> <p><b>Denominator:</b> Total number of contracting NGOs</p>



Module 3	RSS - Suivi et évaluation															
Indicateur de couverture/produit	Données de référence				Cibles											
	N D	%	Année	Source	Jan 2015 - Jun 2015		Jul 2015 - Dec 2015		Jan 2016 - Jun 2016		Jul 2016 - Dec 2016		Jan 2017 - Jun 2017		Jul 2017 - Dec 2017	
					N # D #	%	N # D #	%	N # D #	%	N # D #	%	N # D #	%	N # D #	%
	M&E-1: Pourcentage d'entités déclarantes présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales	100				606		606		636		636		642		642
107		93,5%	2013	HMIS		94%		94%		95%		95%		96%		96%
M&E-1: Pourcentage d'entités déclarantes présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales	12				20		20		20		20		20		20	
	14	85,7%	2013	Rapports (préciser)		100,0%		100,0%		100,0 %		100,0%		100%		100,0%

Mesures de suivi du plan de travail													
#	Intervention	Activités principales	Repères/Cibles (max. 200 caractères)	Critère de réalisation	Repères/Cibles								Observations (max. 500 caractères)
					Jan 2015 - Jun 2015	Jul 2015 - Dec 2015	Jan 2016 - Jun 2016	Jul 2016 - Dec 2016	Jan 2017 - Jun 2017	Jul 2017 - Dec 2017	Jan 2018 - Jun 2018	Jul 2018 - Dec 2018	
1	Analyse, examen et transparence	Supervision des OBC par les SR	Supervision trimestrielle de 100% des OCB du SR soit 490 (an 1) 75% des OCB soit 368 ( an2) et 50% des OCB soit 245 (an 3): 5 relais par OCB par trimestre soit 2450 par trimestre ( an 1) 1840 par trimestre (an 2) et 1225 par trimestre (an 3)	Rapport de supervision des SR		x	x	x	x	x			100% des OCB seront supervisées par les SR la première année, 75% la deuxième année et 50% la troisième année. Les données seront additionnées pour avoir des résultats semestrielles <b>(IH)</b>

## Mesures de suivi du plan de travail

#	Intervention	Activités principales	Repères/Cibles (max. 200 caractères)	Critère de réalisation	Repères/Cibles								Observations (max. 500 caractères)
					Jan 2015 - Jun 2015	Jul 2015 - Dec 2015	Jan 2016 - Jun 2016	Jul 2016 - Dec 2016	Jan 2017 - Jun 2017	Jul 2017 - Dec 2017	Jan 2018 - Jun 2018	Jul 2018 - Dec 2018	
	Mobilisation sociale, renforcement des liens communautaires, de la collaboration et de la coordination	Elaboration des plans d'action communautaire trimestriels	Contractualiser avec 10 SR au niveau des 76 districts sanitaires	Contrats annuels signés avec les 10 SR	x	x	x	x	x	x			contractualisation avec 10 SR pour la mise en oeuvre de micro-plans d'action sur l'utilisation des MILDA, le recours précoce au soins, le TPI, la destruction des gîtes larvaires et le suivi des activités. Ces SR vont s'appuyer sur 490 OCB couvrant les 14 régions pour dérouler un paquet d'intervention au niveau communautaire. <b>(IH)</b>
		Mise en oeuvre des plans d'actions trimestriels	49 000 VAD sont organisées par semestre	Rapport trimestriel des SR		x	x	x	x	x			Chaque OCB organisera 100 VAD dans le semestre. Les rapport des SR constitueront les critère de réalisation et les rapports de supervision des SR <b>(IH)</b>
		Mise en oeuvre des plans d'actions trimestriels	9800 causeries sont organisées par semestre	Rapport trimestriel des SR		x	x	x	x	x			Chaque OCB organisera 20 causeries dans le semestre, rapport de supervision des SR. Les rapport des SR constitueront les critère de réalisation et les rapports de supervision des SR <b>(IH)</b>
		Contractualiser avec les radios communautaires	Contractualiser avec 76 radios communautaires	Contrats signés/rapports de fins de contrat	x	x	x	x	x	x			Contractualiser avec 1 radio communautaires par district pour la diffusion de spot et d'émission sur le paludisme soit un total de 76 radios <b>(IH)</b>

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Plan Sénégal Emergent
2. GMAP
3. Rapport d'évaluation du système d'information sanitaire du Sénégal.
4. PNDS 2009 - 2019
5. Plan de suivi évaluation du PNDS 2009 – 2018
6. Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011 - 2015
7. Rapport d'évaluation du système de suivi évaluation du PNLP 2007
8. Manuel de procédures de suivi / évaluation du PNLP