

REPUBLIQUE DU SENEGAL



Un Peuple - Un But - Une Foi

Ministère de la Santé
et de l'Action Sociale



Direction Générale de la Santé
Direction de la Lutte contre la Maladie

Programme National de Lutte contre le Paludisme



MANUEL DES PROCEDURES DE SUIVI - EVALUATION DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Novembre 2012



Rue Aimé Césaire Fann Résidence - Dakar, Sénégal
BP 25 270 • Tél. : 33 869 07 99 • Fax : +221 33 864 41 20
E-mail : contact@pnlp.sn • www.pnlp.sn

SOMMAIRE

Liste des abréviations

Avant-propos

Introduction

CHAPITRE I : Cadre du Suivi - Evaluation du PNLN

- I. Le cadre logique du PNLN
- II. Le système d'information du PNLN
- III. Le cadre institutionnel

CHAPITRE II : Définitions et procédures opérationnelles

- I. Définition des concepts de Suivi - Evaluation
- II. Le Suivi ou Contrôle continu
 - 2.1. Le Suivi au niveau opérationnel
 - 2.2. Le Suivi au niveau intermédiaire : la région médicale
 - 2.3. Le Suivi au niveau central
 - 2.4. Utilisation de l'information
- III. Contrôle de la qualité des données par la vérification des données sur site
- IV. La surveillance sentinelle
- V. La recherche opérationnelle
- VI. L'évaluation

ANNEXES :

- 1 : Tableaux des principaux indicateurs
- 2 : Fiches de collecte des données de routine au niveau des structures sanitaires
- 3 : Outils de la PECADOM
- 4 : Liste des personnes ayant participé à l'élaboration du manuel

LISTE DES ABREVIATIONS

ACT :	<i>Combinaison Thérapeutique à base de dérivés d'Artémésinine</i>
AID:	<i>Aspersion Intra Domiciliaire</i>
ASC :	<i>Agent de Santé Communautaire</i>
CU:	<i>Couverture Universelle</i>
DSDOM:	<i>Dispensateur de Soins à Domicile</i>
ECD :	<i>Equipe - Cadre de District</i>
ECR :	<i>Equipe - Cadre de Région</i>
GE :	<i>Goutte Epaisse</i>
IBC :	<i>Interventions à Base Communautaire</i>
ICP :	<i>Infirmier Chef de Poste</i>
IEC /CCC:	<i>Information, Education, Communication pour un Changement de Comportement</i>
IRA:	<i>Infections Respiratoires Aigues</i>
IRD :	<i>Institut de Recherche pour le Développement</i>
MCD :	<i>Médecin - Chef de District</i>
MCR :	<i>Médecin - Chef de Région</i>
MII :	<i>Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide</i>
MILDA:	<i>Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action</i>
MSAS:	<i>Ministère de la Santé et de l'Action sociale</i>
OCB :	<i>Organisation Communautaire de Base</i>
OMD :	<i>Objectifs du Millénaire pour le Développement</i>
OMS :	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
ONG :	<i>Organisation Non Gouvernementale</i>
PECADOM:	<i>Prise en Charge des cas à Domicile</i>
PNA :	<i>Pharmacie Nationale d'Approvisionnement</i>
PNLP :	<i>Programme National de Lutte contre le Paludisme</i>
PRA :	<i>Pharmacie Régionale d'Approvisionnement</i>
RBM/ME:	<i>Roll Back Malaria / Monitoring and Evaluation</i>
RM:	<i>Région Médicale</i>
RO:	<i>Recherche Opérationnelle</i>
RPP:	<i>Revue des Performances du Programme</i>
SLAP :	<i>Section de Lutte Anti-Parasitaire</i>
DSISS :	<i>Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale</i>
SP :	<i>Sulfadoxine Pyriméthamine</i>
SSP :	<i>Soins de Santé Primaires</i>
TDO:	<i>Traitement Directement Observé</i>
TPI :	<i>Traitement Préventif Intermittent</i>
TDR:	<i>Test de Diagnostic Rapide</i>
UCAD :	<i>Université Cheikh Anta Diop de Dakar</i>
VDS:	<i>Vérification des Données sur Site</i>

AVANT PROPOS

Les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) mentionnent la lutte contre le Paludisme, le Sida et la Tuberculose comme une priorité. Pour contribuer à l'atteinte de l'OMD 6 qui concerne ces trois maladies, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), appuyé par ses partenaires, a élaboré un plan stratégique 2011 – 2015 qui décline des objectifs ambitieux. Ce plan exige du PNLN de disposer d'un système performant de mesure des indicateurs pour relever le défi de rendre disponible et 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 2011 – 2015 qui se veut un ensemble d'orientations technique, méthodologique et organisationnelle, permettra à l'ensemble des acteurs de dérouler les activités de Suivi- Evaluation 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. D'où la nécessité de mettre à la disposition de tous les acteurs un document de référence décrivant les procédures pour mener à bien les activités de Suivi - Evaluation.

Ce manuel de procédures se justifie ainsi par la nécessité de disposer d'un document de référence avec les outils à utiliser lors de la conception et de l'exécution du Suivi - Evaluation. Il participera, sans aucun doute, à une même compréhension des concepts, une meilleure harmonisation des approches et une fiabilité des données.

INTRODUCTION

Le plan stratégique 2011-2015 de lutte contre le paludisme au Sénégal est résolument engagé vers l'accélération du contrôle du paludisme en vue de sa pré-élimination. Pour suivre la mise en œuvre de ce plan stratégique, un plan de Suivi - Evaluation est élaboré pour renforcer et harmoniser le dispositif mis en place par le PNLP. Ce plan de Suivi - Evaluation est mis en œuvre à l'aide d'un manuel qui décrit les procédures opérationnelles d'enregistrement, de collecte et de transmission des informations pour la lutte contre le paludisme.

Le manuel a pour but de renforcer et d'harmoniser le système global de Suivi - Evaluation de la lutte contre le paludisme au Sénégal. Il met l'accent sur le système de collecte et de gestion des données à travers la définition des différentes procédures.

Il a pour objectifs de :

- servir de référence méthodologique permanente pour tous les acteurs de la lutte contre le paludisme;
- servir de référence pour un contrôle interne efficace du système de Suivi – Evaluation;
- renforcer l'efficacité des acteurs dans l'exécution des tâches de suivi et d'évaluation.

Le manuel des procédures de Suivi - Evaluation des activités de lutte contre le paludisme se veut un outil adapté, opérationnel et exploitable par tous les acteurs. Il prend en compte les grandes orientations suivantes :

- gain d'efficacité dans l'exécution des tâches :

La formalisation des procédures est l'un des axes principaux de la démarche qualité. Elle permet d'une part l'utilisation d'un seul cadre pour les relations avec toutes les parties prenantes et d'autre part la comparaison et l'affinement continu des actions du PNLP et des parties prenantes.

- garantie de continuité dans l'efficacité du système d'informations :

Le manuel des procédures représente une capitalisation des savoir-faire techniques et des expériences de mise en œuvre, dans un but à la fois organisationnel et didactique. C'est un outil pour une formation rapide et une garantie de continuité lors des mutations du personnel sanitaire.

- outil de management :

Les procédures, particulièrement celles relatives au Suivi - Evaluation, font partie du système d'informations et de gestion du PNLP. A ce titre, elles permettent de communiquer sous forme de documents accessibles, les règles et méthodes applicables à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La répartition des rôles et les relations entre ces différents niveaux (central, intermédiaire et opérationnel) sont clarifiées.

- instrument de contrôle essentiel :

L'absence de procédures écrites rend le contrôle interne difficile, non-transparent et aléatoire. Les procédures apparaissent donc comme un engagement commun et forment une base de contrôle acceptable pour tous ;

- formation des collaborateurs :

Les procédures servent de point de départ pour la formation des acteurs en phase d'intégration. Pour les acteurs en charge du Suivi - Evaluation, elles simplifient la tâche de l'encadrement en établissant une aide au dialogue entre les divers niveaux du système de santé. Ce manuel sera l'outil de référence de chaque acteur du système de santé dans l'exercice de ses fonctions, notamment en ce qui concerne le Suivi - Evaluation des activités de lutte contre le paludisme.

Le manuel comprend deux chapitres.

- Le premier qui traite du cadre de Suivi - Evaluation aux différents niveaux du système de santé
- le second qui traite des procédures opérationnelles dont la définition des concepts, le suivi aux différents niveaux du système, la surveillance intégrée, la recherche opérationnelle et l'évaluation.

A cela s'ajoutent des annexes qui comprennent entre autres, les objectifs et indicateurs, les attributions des agents chargés du Suivi - Evaluation, les listes du contrôle de qualité de la lutte contre le paludisme, la fiche d'archivage et les différents canevas de rapports périodiques.

Le manuel est un document dynamique appelé à être révisé au gré des leçons apprises et des suggestions des structures d'exécution et des acteurs.



CHAPITRE I

CADRE DE SUIVI - EVALUATION DU PNLP

I. LE CADRE LOGIQUE DU PNLP

Le cadre permet de faire une interprétation de l'usage rationnel des ressources du PNLP et des buts visés.

Il permet d'identifier et d'illustrer les relations linéaires qui existent entre les différentes composantes du programme.

1. Les composantes du programme et leurs liens avec le Suivi – Evaluation

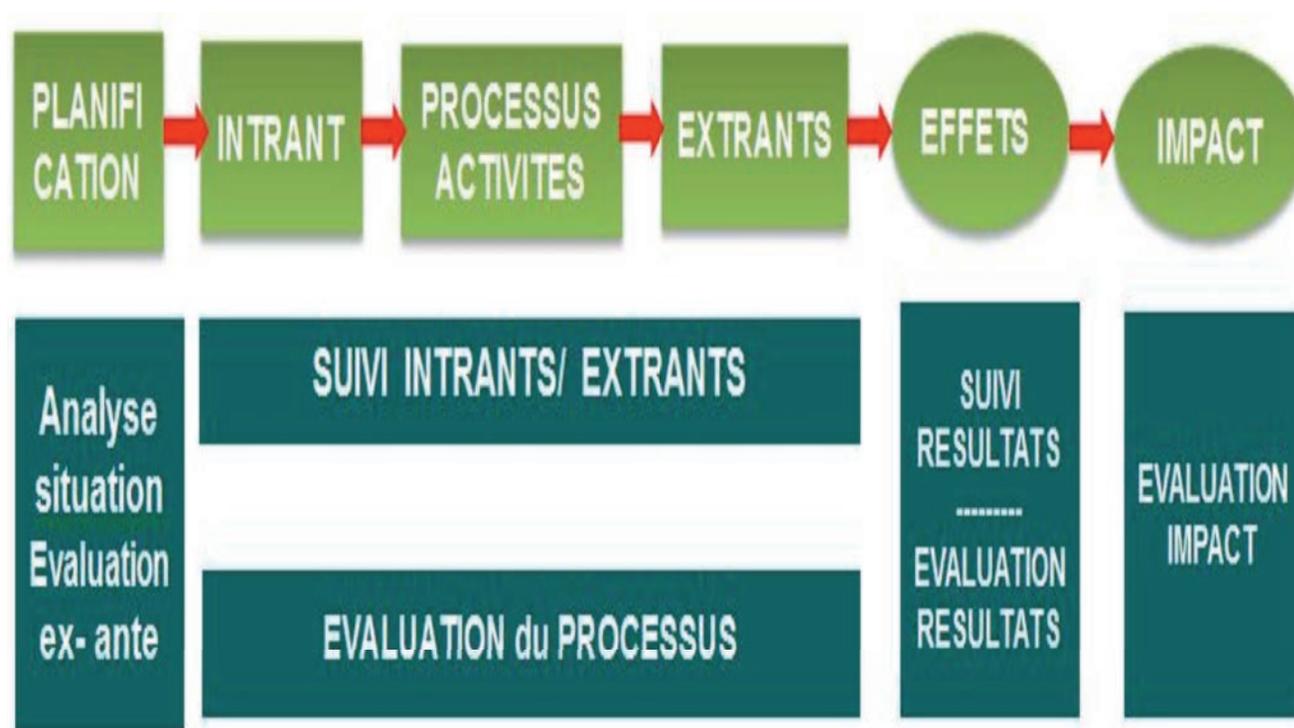


Figure 1 : Les composantes du programme et le Suivi – Evaluation

A travers cette figure on voit quand est ce qu'il faut faire du suivi et/ou de l'évaluation tout au long de la mise en oeuvre d'un programme.

2. Définitions des termes

Ces définitions permettent de comprendre l'élaboration du cadre logique et son interprétation.

Intrant :

Ce sont les **ressources** utilisées dans le cadre du programme, telles que les ressources financières, humaines ou matérielles.

Processus / Activités :

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

Produits / Extrants :

Ce sont les **produits directs ou produits livrables** du projet/programme tels que les séances d'interventions réalisées, les personnes atteintes ou les supports éducatifs distribués:

- nombre d'agents formés;
- nombre de cas correctement pris en charge;
- nombre MILDA distribuées;
- Etc.

Effets :

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

Impact:

Ce sont les **résultats à long terme** du programme tels que les changements de l'incidence du paludisme, de la morbidité, de la mortalité, de la prévalence parasitaire :

- baisse de la morbidité palustre ;
- baisse de la mortalité palustre ;
- baisse de l'incidence /1000 hbts ;
- baisse de la prévalence parasitaire ;
- Etc.

La hiérarchie des résultats est la suivante :

- L'objectif stratégique (impact à moyen terme) ;
- Les résultats escomptés (effets à moyen ou court terme) ;
- Les produits et services (extrants).

3. Schéma du cadre logique :

Ce schéma permet d'identifier et d'illustrer les relations linéaires des intrants, processus et produits aux résultats du programme.

Tableau 1: Cadre logique du Suivi - Evaluation du PNL

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

4. Définition de l'Indicateur et de la Cible :

- L'Indicateur :

C'est une variable objectivement vérifiable (mesurable) que l'on peut observer pour comparer les objectifs aux réalisations effectives aux divers niveaux. Pour être utilisable, un indicateur doit avoir les caractéristiques suivantes :

- **Pertinence** : approprié pour mesurer le phénomène ; en rapport avec le facteur étudié ;
- **Précision** : mesure exacte du phénomène étudié ;
- **Fiabilité** : reproductible ;
- **Sensibilité** : suit les variations du phénomène étudié ;
- **Spécificité** : n'est pas influencé par d'autres phénomènes.

Les définitions des indicateurs de Suivi - Evaluation doivent être claires, précises et mesurables garantissant une meilleure collecte de l'information. La sélection doit se faire en collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux du Suivi - Evaluation. Concernant les sources de données, elles doivent être fiables et systématiquement mentionnées. Toutes les parties prenantes doivent intégrer et assurer la diffusion des données.

Conformément à la politique du PNLP en matière de Suivi - Evaluation, les indicateurs retenus sont de plusieurs types :

- **les indicateurs de processus** :

qui permettent de documenter ce qui est fait.

- **les indicateurs de résultats** :

qui permettent de mettre en évidence les effets directs de ce qui est fait.

- **les indicateurs d'impact** :

qui permettent de mesurer les effets à long terme des interventions du PNLP.

- La cible :

C'est le niveau attendu de réalisation d'un résultat escompté au cours de la période de planification considérée, tel que mesuré par un *indicateur* de performance.

II. LE SYSTÈME D'INFORMATION DU PNLP

Le système d'information du PNLP s'appuie sur le système du Service National d'Information Sanitaire (SNIS) avec qui il entretient des relations dynamiques pour la collecte des données de routine issues des formations sanitaires.

Le circuit de collecte des données respecte l'organisation du système de santé qui comprend trois niveaux :

- un niveau opérationnel :

qui correspond au district sanitaire. Chaque district couvre au moins un centre de santé et des

postes de santé qui polarisent des cases de santé. C'est le lieu d'exécution de tous les programmes de santé pour le bénéfice de la communauté ;

- un niveau intermédiaire :

Qui correspond à la région médicale (RM) qui assure la coordination des activités des districts placés sous son autorité ;

- un niveau central :

Qui correspond au département ministériel où se prennent toutes les décisions permettant d'orienter la politique de santé.

Le manuel de Suivi - Evaluation constitue le document de référence pour le suivi des indicateurs définis.

Pour mesurer régulièrement le niveau d'atteinte des objectifs fixés, le PNLP a mis en place un dispositif qui repose sur l'organisation du système sanitaire capable de générer les informations pertinentes et de les disséminer à l'ensemble des acteurs de la santé. Ce dispositif est résumé sur la figure ci-dessous.

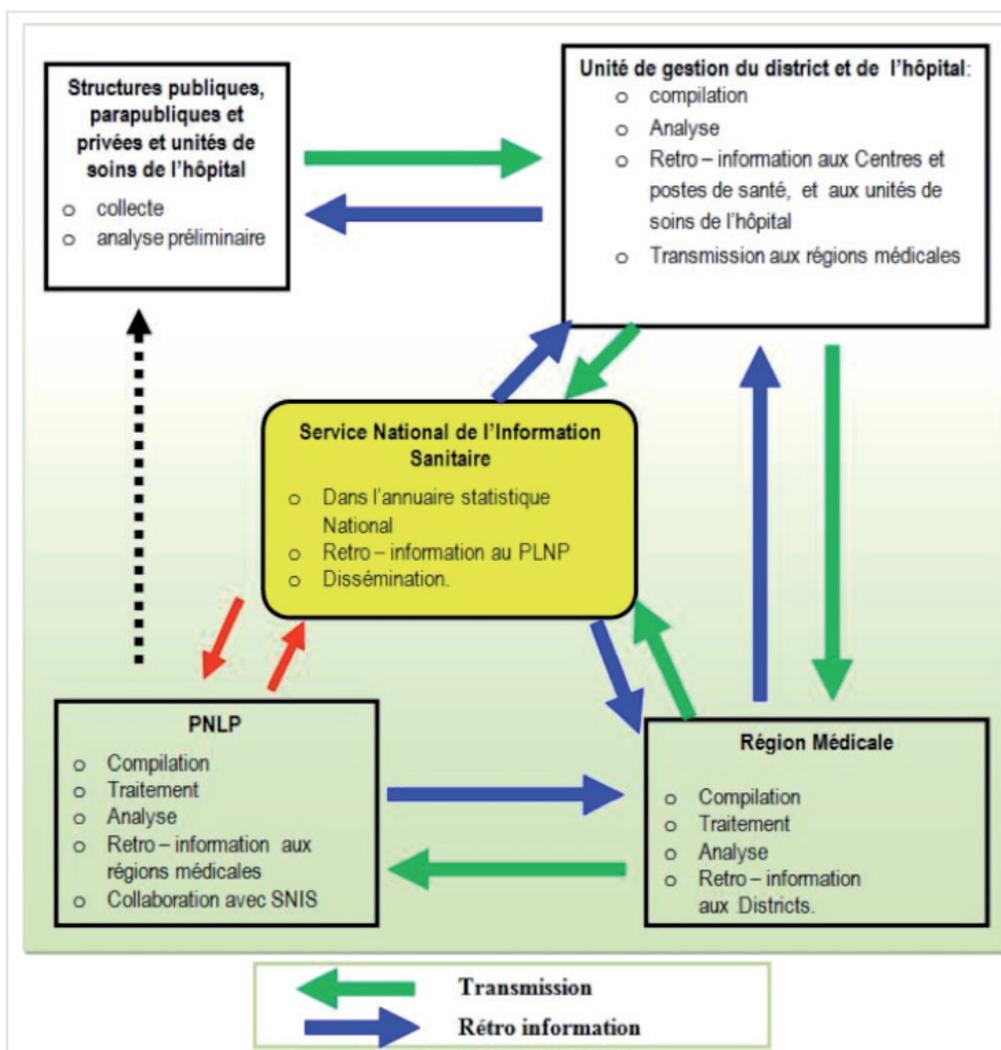


Figure 2 : circuit de l'information du PNLP

III. CADRE INSTITUTIONNEL

Le Suivi - Evaluation du Programme National de Lutte contre le Paludisme requiert une organisation permettant :

- une implication de tous les acteurs dont les apports sont reconnus nécessaires ;
- une définition claire des domaines et des modes d'intervention des acteurs selon leurs missions et leurs compétences ;
- des liens fonctionnels et hiérarchiques cohérents pour des actions coordonnées ;
- un mécanisme adéquat de gestion des ressources, de monitoring, de contrôle et d'évaluation des interventions.

La coordination du PNL

Elle est assurée par un coordonnateur assisté d'une équipe composée de cadres, de techniciens et de personnel de soutien.

Le PNL a mis en place un système de suivi de la mise en œuvre et de la performance. Il s'appuie sur le système national de santé et s'intègre au système national de l'information sanitaire avec qui il entretient des relations dynamiques pour la collecte des données de routine issues des formations sanitaires.

3.1. Rôle et mission des différents niveaux du système de santé

- Le niveau central :

Regroupe le cabinet du Ministre, les services rattachés et les directions dont la Direction Générale de la Santé. C'est au sein de cette direction générale, plus particulièrement dans la Direction de la Lutte contre la Maladie qu'est logé le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

Les principales missions du PNL sont :

- (1) la définition de la politique nationale de lutte contre le paludisme,
- (2) l'élaboration des stratégies de lutte contre le paludisme,
- (3) la mobilisation des ressources,
- (4) la coordination, le suivi et l'évaluation des activités sur le plan national.

Cette position stratégique lui permet d'être en contact plus facilement avec les autorités sanitaires du pays mais aussi avec la plupart des partenaires.

Les **hôpitaux nationaux** collaborent avec le PNL. A ce titre, ils suivent les directives du PNL en matière de prise en charge thérapeutique et sont membres de la commission formation du PNL.

- Le niveau intermédiaire :

Constitué par les régions médicales, est chargé d'appuyer la mise en œuvre de la politique de santé au niveau de la région. Les médecins- chefs de région, assistés par une équipe cadre de région

sont responsables de la coordination et de la supervision des activités de lutte contre le paludisme dans leur région. Ils servent de courroie de transmission entre le PNLP et le niveau opérationnel (les districts). Le PNLP les appuie dans leurs activités de supervision. Ainsi, à travers cette collaboration, le PNLP peut compter sur eux pour la promptitude et la complétude des rapports d'activités mais aussi pour veiller au bon déroulement des plans opérationnels.

- Le niveau opérationnel :

C'est le premier niveau de contact entre la population et les structures de santé. C'est à ce niveau que sont exécutées toutes les activités des programmes. Ce niveau opérationnel encore appelé district, est dirigé par un médecin-chef de district assisté par une équipe - cadre chargée de planifier, de gérer et de coordonner les activités de lutte contre le paludisme. Chaque district couvre au moins un centre de santé de référence, des postes et des cases de santé. Chacune de ces structures est gérée par un comité de gestion. Le niveau communautaire est pris en compte dans le niveau opérationnel.

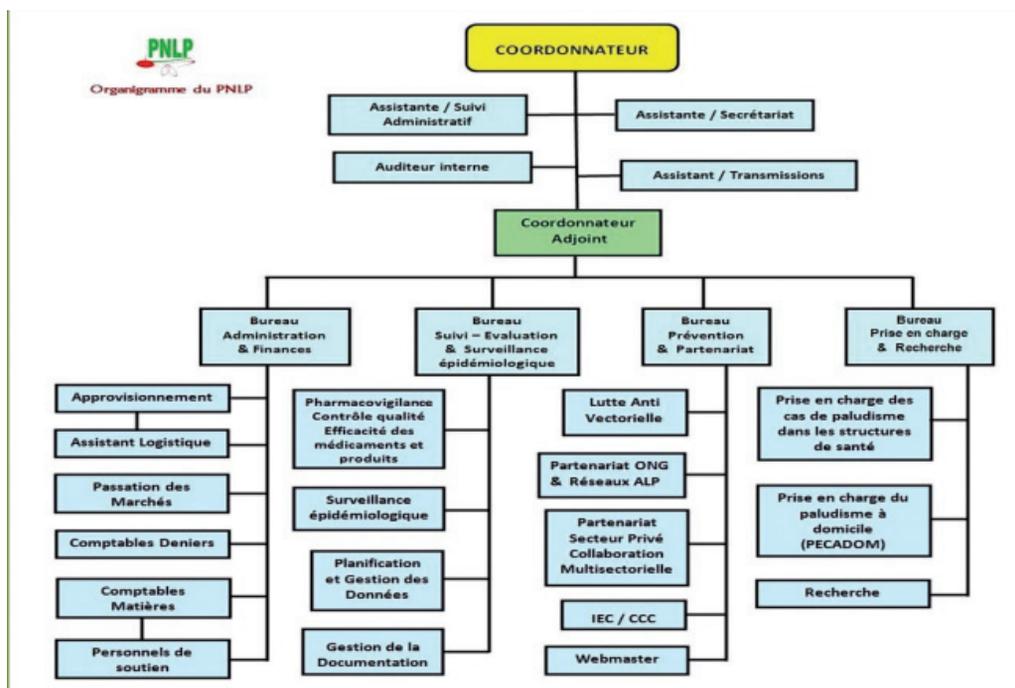


Figure 3 : Organigramme du PNLP

3.2. Rôles et responsabilités des acteurs du suivi – évaluation.

Selon le circuit de l'information, plusieurs responsables sont ciblés.

3.2.1 Agents chargés de la collecte des données.

Les agents responsables des unités de soins (y compris la case de santé) sont chargés de remplir les fiches de dépouillement à partir des supports d'enregistrement des données de base (registres, fiches ou dossiers de malades) aidés en cela par la tenue régulière d'un tableau de collationnement journalier (TACOJO) et de faire une première analyse. Ils transmettent mensuellement les rapports

d'activités de la structure au district sanitaire.

3.2.2 Equipes - cadres de district et Chefs de services des soins infirmiers des Etablissements Publics de Santé.

Les membres des équipes - cadres de district et les Chefs de services des soins infirmiers des Etablissements publics de santé sont chargés de former et d'appuyer les responsables des unités de soins en Suivi - Evaluation. Ils sont également chargés d'assurer le contrôle de qualité des données et d'alimenter la base de données RBM/ME. Ils sont en outre chargés d'élaborer un rapport trimestriel d'activités du district et de le transmettre au niveau régional.

Ils participent également à la coordination des activités d'évaluation du programme.

3.2.3 Equipes - cadres de région.

Les membres des équipes cadres de région en relation avec les superviseurs nationaux sont chargés d'assister les équipes - cadres de district dans le contrôle de la qualité des données et de procéder à leur vérification systématique. Ils sont chargés de développer une base de données régionale à partir des données des districts. Ils élaborent et transmettent un rapport d'activités semestriel au niveau national.

3.2.4 Unité de coordination du PNL

Elle est chargée de superviser l'ensemble des opérations en relation avec les équipes - cadres de région, équipes cadres de district et surveillants généraux des hôpitaux. Elle est en outre chargée de l'alimentation et de la gestion de la base nationale de RBM/ME et de contractualiser avec les différents partenaires, notamment les Instituts de recherche, les ONG et d'autres structures de la société civile, ainsi que les services décentralisés du système de santé (hôpitaux, districts et régions médicales).

Un rapport annuel d'activités et un rapport statistique sont élaborés et transmis au niveau supérieur et aux partenaires.

3.2.5 Partenaires du PNL autres que le secteur public.

Les partenaires participent à la lutte contre le paludisme. Ils contribuent à la réussite de la mise en œuvre de grandes orientations nationales et internationales définies dans le PNL. Ainsi, ils doivent :

- mettre en place des procédures appropriées pour rendre disponibles les ressources ;
- respecter les engagements en matière de financement du programme, notamment jusqu'à leur conduite à terme ;
- participer aux missions d'évaluation à mi-parcours, de supervision et d'évaluation finale des projets.

Suivant la position du partenaire par rapport au système de santé, les informations disponibles sont fournies au niveau opérationnel, régional ou central.

CHAPITRE II

DEFINITIONS ET PROCEDURES OPERATIONNELLES

I. DÉFINITION DES CONCEPTS DE SUIVI EVALUATION

Le suivi est l'examen de routine quotidien des activités continues et en cours. Par contre l'évaluation est l'examen épisodique plus approfondi des réalisations générales. Ainsi, les deux aspects forment un ensemble qui fonde un maximum de rationalité, d'efficacité et d'efficience du programme, chacun présentant des avantages différents.

- **Le Suivi :**

C'est le **monitorage de routine** des éléments clef de la performance du programme à travers le stockage de données harmonisées et un reportage régulier. En d'autres termes c'est la collecte **continue et systématique** d'informations pour la gestion et la prise de décision. 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.

(Manuel de Gestion des programmes à l'OMS : Planification opérationnelle - Règles et Procédures. Genève, Mars 2007)

- **L'Evaluation :**

C'est l'**appréciation périodique** des résultats cibles qui pourraient être attribuées au programme. Elle tente de lier un résultat particulier ou un impact (sanitaire) directement à une intervention particulière après une période de temps.

En d'autres termes, l'évaluation c'est la **collecte périodique** d'informations sur la **pertinence, l'efficience, l'impact** et la **pérennisation** d'un programme par rapport aux objectifs fixés.

(Manuel de Gestion des programmes à l'OMS : Planification opérationnelle - Règles et Procédures. Genève, Mars 2007)

- **La Surveillance épidémiologique:**

C'est la collecte, le traitement, l'analyse, l'interprétation régulière et systématique des informations auprès de ceux qui en ont besoin pour la prise de décision.

(Manuel de Gestion des programmes à l'OMS : Planification opérationnelle - Règles et Procédures. Genève, Mars 2007)

La stratégie requise pour le Suivi - Evaluation tourne autour des actions suivantes :

- le suivi ou contrôle continu;
- l'évaluation qui se décompose notamment en évaluation situationnelle, à mi-parcours et finale.

II. LE SUIVI ou CONTROLE CONTINU

Le suivi est un processus continu qui consiste à collecter et à analyser régulièrement des données permettant d'être informé de l'état d'avancement des activités en cours d'exécution. Il permet de déceler les problèmes et d'évaluer les difficultés en vue d'apporter à temps opportun les correctifs nécessaires. C'est un aspect important pour le bon déroulement des activités. Il permet de savoir si les ressources sont adaptées, suffisantes et convenablement utilisées. Le suivi doit se faire à tous les niveaux du système de santé. Un système de suivi repose sur :

- la mise en place d'un système de collecte de données efficace
- le traitement et la gestion de l'information

Le Suivi - Evaluation du PNL s'articule autour des structures suivantes :

- Poste de santé (qui polarise le niveau communautaire : case de santé et site PECADOM)
- Centre de santé
- District
- Etablissement Public de Santé (EPS)
- Région médicale
- Central : SNIS, PNL, PNA

La collecte des données de routine se fait à partir des outils de gestion. Le remplissage de ces outils doit impérativement tenir compte des instructions de remplissage mentionnées en bas ou au début de chaque support de collecte.

Ce sont ces instructions qui permettent d'harmoniser l'enregistrement des données dans chaque support. La transmission des données se fait du niveau périphérique vers le niveau central.

2.1. Le Suivi au niveau opérationnel

A. Au niveau communautaire : Case de santé et site PECADOM

Les acteurs impliqués au niveau communautaire sont :

- Les ASC /Matrones des cases ;
- Les DSDOM ;
- Les relais communautaires et « badiéno gox »
- les organisations communautaires de base,

Les supports de collecte se résument globalement au :

- Registre de consultation générale case de santé
- Registre de consultation générale DSDOM
- Fiche/Cahier de stock
- Fiche d'utilisation des ACT et TDR
- Fiche de stock DSDOM
- Cahier de gestion des MILDA
- Cahier d'activités Badiéno Gox
- Cahier du relais
- Cahier de décès

Les instructions de remplissage mentionnées en leur sein doivent servir de guide pour une standardisation de l'enregistrement des données que chaque outil doit contenir.

A-1. La collecte de données

Le relais communautaire est chargé de collecter les données suivantes:

- nombre de causeries effectuées (thème abordé, cible, nombre de personnes touchées)
- nombre de visites à domicile effectuées (thème abordé, nombre de personnes touchées)
- nombre de mobilisations sociales
- nombre de cas de fièvre orientés
- nombre de lit /couchage
- nombre de MILDA disponibles
- nombre de MILDA accrochées

Les ASC et les DSDOM sont chargés de collecter les données suivantes par tranche d'âge:

- le nombre de cas toutes causes confondues
- nombre de cas suspects (TDR effectué)
- nombre de cas confirmés (TDR positif)
- nombre et formes d'ACT dispensés
- nombre de cas référés (cas graves, femmes enceintes, nourrissons de moins de deux mois, TDR négatifs)
- Les données relatives à la diarrhée et aux IRA dans le cadre de la PECADOM intégrée seront également collectées

A-2. La transmission des données

Le poste de santé est le réceptacle de toutes les données issues du niveau communautaire. La transmission des données se fait mensuellement.

A-3. L'archivage et la sauvegarde des données

Tous les documents produits ou reçus (Registre de consultation générale, Fiche/Cahier de stock, Cahier de gestion des MILDA, Cahier d'activités Badiénou Gox, Cahier du relais, Cahier de décès, documents administratifs...) doivent être archivés. En ce qui concerne les documents actifs (d'usage courant), ils doivent être conservés au lieu de travail de l'acteur communautaire au moins pour une durée d'une année. Au-delà, il devra transférer tous les documents anciens au Poste de Santé qui les centralise.

A-4. La supervision

Toute supervision nécessite une grille de supervision. Après chaque supervision un feed back doit être fait aux différents acteurs et un plan de résolution des problèmes élaboré. Les recommandations formulées sont consignées dans le registre de consultation de l'ASC ou du DSDOM.

Le bureau du réseau communautaire d'appui à la lutte contre le paludisme supervise également les relais communautaires tous les mois.

B. Le poste de santé

Il est géré par l'ICP qui assure la collecte, le traitement, l'analyse primaire et la transmission mensuelle des rapports d'activités menées au niveau de sa zone de responsabilité. Il est assisté dans cette tâche par une sage-femme

B-1. Les supports de collecte

Les outils de gestion qui permettent de recueillir les données et de traiter l'information sont:

- Le registre de consultation générale
- Le registre de consultation prénatale
- Les fiches de stock
- Le registre des activités de promotion
- Le cahier de sortie journalière des médicaments par malade
- Le registre journalier de distribution des médicaments
- La fiche de gestion et utilisation des TDR
- La fiche de synthèse mensuelle et utilisation des ACT
- La fiche de référence
- La fiche de pharmacovigilance
- La fiche récapitulative de la situation des malades vus en consultation externe (CFR/FORM I)
- Le rapport global de zone.

Comme pour tous les supports de collecte, il faut toujours se conformer aux instructions de remplissage les concernant.

L'ICP doit veiller à la disponibilité permanente de tous les outils de gestion.

B-2. La collecte de données

L'ICP doit veiller au remplissage correct, exhaustif et à temps de tous les outils de gestion mis à sa disposition. Il doit compiler et faire la synthèse des données venant du niveau communautaire et des autres structures de sa zone de responsabilité.

B-3. La transmission des données

L'ICP doit transmettre les données compilées dans le rapport global de sa zone de responsabilité au superviseur SSP du district avant le 05 de chaque mois avec un accusé de réception dûment rempli et signé.

B-4. L'archivage et la sauvegarde des données

Tous les documents produits ou reçus dans le cadre des activités de Suivi - Evaluation doivent être archivés. Ces documents doivent être conservés au poste de santé au moins pour une durée de cinq ans. L'archivage doit se faire en rangeant les supports physiques de collecte référencés dans des chemises ou classeurs qui seront stockés avec les rapports dans des armoires/tiroirs sécurisés et codifiés.

B-5. La supervision

- L'ICP doit superviser tous les mois les acteurs (ASC, dépositaires, matrones, relais, DSDOM) de sa zone de responsabilité afin de suivre les activités communautaires et proposer des solutions aux problèmes identifiés.
- Il doit à cet effet, disposer d'une grille de supervision qui prendra en compte les aspects de prise en charge, de prévention et de la promotion de la lutte contre le paludisme.
- Après chaque supervision un feed back doit être fait aux différents acteurs et un plan de résolution des problèmes élaboré. Un rapport est rédigé et transmis au district.
- Les recommandations formulées sont consignées dans le cahier de supervision. La vérification des données sur site doit toujours être intégrée à la grille de supervision.

C. Le Centre de santé

Il est géré par le Médecin- chef du centre de santé qui assure le fonctionnement de la structure. Le major est chargé de la collecte, du traitement, de l'analyse et de la transmission mensuelle des rapports d'activités menées au niveau des unités de soins.

C-1. Les supports de collecte

Le centre de santé dispose des outils de gestion suivants pour le suivi de ses activités:

- Le registre de consultation générale
- Le registre de consultation prénatale
- Le registre d'hospitalisation
- Le registre du laboratoire
- Le registre des décès
- Le registre d'accouchement
- Le registre enfants malades
- Le registre d'examens de laboratoire
- Les fiches de stock
- Le dossier du malade
- Le registre des activités de promotion
- Le cahier de sortie des médicaments par malade
- Le registre de distribution journalière des médicaments
- La fiche de gestion et d'utilisation des TDR
- La fiche de synthèse mensuelle et d'utilisation des ACT
- La fiche de référence
- La fiche de pharmacovigilance
- La fiche récapitulative de la situation des malades vus en consultation externe (CFR/FORM I)
- La fiche récapitulative de la situation des malades vus en hospitalisation (CFR/FORM II)
- La fiche récapitulative des décès en hospitalisation (CFR/FORM III)
- Le rapport du centre de santé.

Le Major du centre de santé doit veiller à la disponibilité permanente de tous les outils de gestion et du respect permanent des instructions de remplissage propre à chaque support.

C-2. La collecte de données

Chaque chef d'unités doit veiller au remplissage correct, exhaustif et à temps de tous les outils de gestion mis à sa disposition. Le Major du centre de santé doit compiler et faire la synthèse de toutes les données produites.

C-3. La transmission des données

Le Major du centre de santé doit transmettre le rapport au Médecin-chef. Ce rapport sera ensuite soumis aux chefs d'unités pour validation au cours d'une réunion. Le rapport validé sera transmis au superviseur SSP avant le 05 de chaque mois. Le rapport transmis fera l'objet d'un accusé de réception dûment rempli et signé.

C-4. L'archivage et la sauvegarde des données

Tous les documents produits ou reçus doivent être archivés. Ils doivent être conservés au centre de santé au moins pour une durée de dix ans. L'archivage doit se faire en classant les supports de collecte et les rapports dans des chemises ou classeurs codifiés et qui seront stockés dans des armoires/tiroirs sécurisés.

C-5. La supervision

Il s'agit essentiellement de la supervision interne que doivent faire le Médecin - chef du centre de santé et le major au niveau des unités de soins. C'est une supervision qui se fera tous les deux mois.

Ils doivent à cet effet, disposer d'une grille de supervision qui prendra en compte les aspects de prise en charge, de prévention et de promotion de la lutte contre le paludisme. Après chaque supervision un feed back doit être fait aux différents acteurs et un plan de résolution des problèmes élaboré. Un rapport est rédigé et transmis au district. Les recommandations formulées sont consignées dans le cahier de supervision. La vérification des données sur site doit toujours être intégrée à la grille de supervision.

D. District sanitaire

Il est dirigé par un Médecin-chef de district qui assure son fonctionnement et est assisté par l'équipe-cadre du district. Le superviseur SSP est chargé de la compilation, du traitement et de l'analyse des données issues des différentes structures.

D-1. Outils de synthèse

Le superviseur SSP doit veiller à la disponibilité de tous les outils de gestion pour une bonne synthèse des données au niveau du district. Une revue trimestrielle est organisée par le PNL afin de permettre à chaque district de présenter la situation de sa zone. Cette revue permet également de valider en commun les données.

Les outils de synthèse qui seront utilisés sont :

- Le rapport global du district
- La base RBM/ME
- Le canevas de présentation des données de la revue trimestrielle.

Le superviseur SSP doit s'assurer de la complétude, de la promptitude et de la qualité des données reçues. Il compile et synthétise toutes les données produites par les structures.

D-2. La transmission des données

Les données de synthèse sont partagées lors des réunions de coordination du district .Elles sont ensuite validées par le Médecin-chef du district et transmises à la région médicale tous les trimestres. Par ailleurs, le district doit transmettre au PNLP la base RBM/ME lors des revues trimestrielles.

D-3. L'archivage et la sauvegarde des données

L'archivage se fait par le superviseur des SSP qui doit classer les rapports dans un meuble de rangement. Les données sont sauvegardées sous format électronique dans des supports de masse (CD, disque dur externe, clé USB, etc.).

D-4. La supervision

L'équipe - cadre de district doit superviser les prestataires de toutes les structures sanitaires de sa zone de responsabilité. C'est une supervision qui se fera tous les deux mois. Elle doit à cet effet, disposer d'une grille de supervision qui prendra en compte les aspects de prise en charge, de prévention et de promotion de la lutte contre le paludisme. Après chaque supervision un feed back doit être fait aux différents acteurs et un plan de résolution des problèmes élaboré. Un rapport est rédigé et transmis à la région médicale. Les recommandations formulées sont consignées dans le cahier de supervision.

La vérification des données sur site doit toujours être intégrée à la grille de supervision. Après chaque supervision, l'équipe cadre de district devra faire un feed back sur site avec des recommandations à laisser dans le cahier de supervision. Elle devra aussi rédiger un rapport et transmettre un exemplaire à la région médicale.

2.2. Le Suivi au niveau intermédiaire : la région médicale

Son rôle est de centraliser et de traiter les données provenant des différentes structures sanitaires de la région.

2.2.1. Outils de synthèse

Ce sont les rapports des districts sanitaires, des hôpitaux et des partenaires techniques et financiers de la région.

2.2.2. La synthèse de données

Le superviseur SSP de la région doit s'assurer de la complétude, de la promptitude et de la qualité des données reçues. Il compile et synthétise toutes les données provenant des districts et établissements publics de santé de sa zone de responsabilité. Les données des structures privées et des partenaires doivent être intégrées dans celles des districts sanitaires où ils se trouvent.

2.2.3. La transmission des données

Les données de synthèse sont partagées lors des réunions de coordination de la région. Elles sont ensuite validées par le Médecin- chef de région et transmises au niveau central tous les semestres. Le superviseur SSP de la région présente à chaque revue son rapport de supervision sur le paludisme.

2.2.4. La supervision

L'équipe - cadre de région doit superviser les équipes - cadre des districts et les prestataires des hôpitaux de sa zone de responsabilité. Elle peut également appuyer les équipes - cadre des districts pour une supervision des prestataires du niveau opérationnel et des acteurs communautaires.

C'est une supervision qui se fera tous les semestres. L'équipe - cadre de région doit à cet effet, disposer d'une grille de supervision qui prendra en compte les aspects de prise en charge, de prévention et de promotion de la lutte contre le paludisme. Après chaque supervision un feed back doit être fait aux différents acteurs et un plan de résolution des problèmes élaboré. Un rapport est rédigé et transmis au niveau national. Les recommandations formulées sont consignées dans le cahier de supervision. La vérification des données sur site doit toujours être intégrée à la grille de supervision.

2.2.5. L'archivage et la sauvegarde des données

Ils doivent se faire par classement des rapports rangés dans des armoires. En ce qui concerne les données relatives à la base de données, des sauvegardes seront faites sur des supports électroniques et conservées dans des endroits sûrs.

2.2.6. La gestion des intrants

Au niveau régional, cette tâche est dévolue à la PRA chargée du suivi des mouvements des intrants à l'interne et du niveau des stocks. Elle doit transmettre l'information à la PNA. Le responsable de la PRA présente la situation des intrants pour le paludisme.

2.3. Le Suivi au niveau central

A. La DSISS (ex SNIS)

Les missions de la DSISS sont:

- réalisation des études et des enquêtes statistiques
- collecte et analyse des informations sanitaires
- élaboration de l'annuaire des statistiques sanitaires et démographiques
- participation à la surveillance épidémiologique
- centralisation et mise à jour de la documentation sur l'ensemble du système de santé

Dans le cadre du Suivi - Evaluation des activités de lutte contre le paludisme, la DSISS doit veiller à l'intégration des besoins du PNL dans les supports de collecte mis en place au niveau de la pyramide sanitaire. Il doit s'assurer de la qualité, de la cohérence et de la validation des données sanitaires.

Par ailleurs, il doit intégrer toutes les données (de routine, d'enquête et de surveillance) dans l'annuaire statistique.

B. PNLP

Le PNLP doit faciliter la collaboration entre les différents partenaires et la coordination des activités de Suivi - Evaluation.

Le PNLP traite, analyse et diffuse les informations. Il partage les résultats des enquêtes avec le SNIS.

B-1. Supports de synthèse

La base RBM/ME permet de faire la compilation et la synthèse des données produites par les districts sanitaires et les hôpitaux.

Le rapport annuel permet de synthétiser les rapports transmis par les partenaires et les données des districts autres que celles relatives à la morbidité et à la mortalité.

B-2. La synthèse de données

Le PNLP doit s'assurer de la complétude, de la promptitude et de la qualité des données reçues. Il compile et synthétise toutes les données provenant des régions et des partenaires.

B-3. Le partage des données

Le PNLP diffuse et partage les informations recueillies auprès des acteurs, décideurs et partenaires.

Les supports de diffusion sont :

- le rapport d'activités annuel,
- le rapport statistique annuel ,
- les rapports d'évaluation,
- le site web du PNLP.

Par ailleurs, il doit veiller au respect de la tenue régulière des revues des districts et des hôpitaux, à la mise à jour des canevas de présentation et à l'intégrité de la base de données . Il doit aussi être réactif aux sollicitations des acteurs du système de santé.

B-4. La supervision

Dans ce domaine le PNLP a une mission d'orientation, d'appui technique, financier et logistique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. C'est une supervision qui se fera tous les semestres. Le PNLP doit à cet effet, disposer d'une grille de supervision qui prendra en compte les aspects de prise en charge, de prévention et de promotion de la lutte contre le paludisme. Après chaque supervision un feed back doit être fait aux différents acteurs et un plan de résolution des problèmes élaboré. Un rapport est rédigé et transmis aux autorités. Les recommandations formulées sont consignées dans le cahier de supervision. La vérification des données sur site doit toujours être intégrée à la grille de supervision.

B-5. Archivage et sauvegarde des données

Ils doivent se faire par classement des rapports et rangement dans des armoires et sur des supports électroniques (unité de stockage de masse, serveur de sauvegarde).

B-6. Le feed back

Le feed back se fera à l'occasion des revues et des rencontres du cadre de concertation des partenaires de la lutte contre le paludisme.

Au cours de ces instances différents aspects sont abordés :

- L'état d'avancement des différentes interventions, les contraintes et perspectives ;
- Les gaps d'intervention ;
- Les recommandations pour l'atteinte des objectifs du programme

C. Pharmacie National d'Approvisionnement (PNA)

La PNA assure l'approvisionnement, le stockage et la distribution des intrants anti paludiques en rapport avec les PRA. Elle suit le mouvement des stocks de produits antipaludéens en collaboration avec le PNLN qui valide les commandes des districts et les transmet aux PRA pour exécution.

D. Partenaires

Les partenaires doivent transmettre des rapports d'activités complets y compris les aspects financiers aux responsables de la santé de leurs zones d'intervention.

2.4. UTILISATION DE L'INFORMATION

L'objet du suivi étant l'amélioration des activités d'un projet en cours, le suivi doit entraîner des changements dans le projet. Ceci peut s'effectuer par :

- La conception de nouvelles activités et la révision ou l'abandon de celles existantes, sur la base de l'évaluation de l'information du suivi ;
- L'organisation de discussions rétroactives avec les participants intéressés par les résultats du suivi ;
- L'utilisation des résultats dans le cadre de l'apprentissage institutionnel pour renforcer les expériences ;
- Le stockage des données comme source de référence pour les activités de Suivi - Evaluation à venir.

L'utilisation de l'information est placée au centre des travaux d'analyse des données. Elle couvre deux aspects, la prise de décision pour les interventions et le suivi des interventions.

L'information est utilisée pour :

- la relecture critique des résultats enregistrés (révision/modification ou abandon des activités menées) ;
- l'organisation des échanges avec les parties prenantes
- l'animation des sessions d'apprentissage pour consolider les expériences

L'option majeure consistera à privilégier l'utilisation de l'information sur le lieu de collecte pour répondre au souci de responsabilisation du niveau périphérique en droite ligne de l'objectif de viabilisation du district sanitaire.

En ce sens, les activités de renforcement de la capacité de gestion et de planification des districts seront intensifiées.

2.5. CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES PAR LA VERIFICATION DES DONNEES SUR SITE

La vérification des données sur site (VDS) est une 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).

Tous les acteurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire peuvent et doivent aussi intégrer la vérification des données sur site dans la cadre de leur mission de supervision.

Les différentes étapes d'une VDS :

- 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 les données transmises et celles collectées par les superviseurs sur site, 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.
- Les correctifs apportés seront portés au niveau immédiatement supérieur et pris en compte dans la base de données des différents niveaux en cas d'écart majeur.

III. LA SURVEILLANCE SENTINELLE

3.1. Définition de la surveillance :

En santé publique, la surveillance consiste en la collecte systématique continue, l'analyse et l'interprétation des données sanitaires afin d'élaborer, de mettre en place et d'évaluer les programmes de santé publique.

Les données collectées dans le cadre de la surveillance permettent de surveiller l'évolution des maladies, d'identifier les facteurs de risque et ainsi de mettre en place des mesures de prévention et de lutte pour réduire l'incidence et la prévalence de ces maladies.

Dans le cadre d'une surveillance, la diffusion des données collectées auprès des acteurs et décideurs à tous les niveaux doit être rapide et permanente.

3.2. Avantages de la surveillance sentinelle :

Elle permet :

1. d'obtenir d'excellents résultats en terme de suivi épidémiologique de la maladie ;
2. de mettre en place un dispositif précoce de riposte en cas d'épidémie ou de flambée de la maladie.

3.3. Surveillance en zone de pré-élimination

Elle consiste à:

- l'identification du cas index au niveau de la formation sanitaire (poste de santé, case, site PECADOM) suivant la définition de cas (cas confirmé);
- l'investigation du cas : sur la base de la fiche d'investigation des informations complémentaires (adresse, voyage, utilisation ou non de MILDA, présence de gîtes larvaires dans la localité...) sont recueillies.
- le mass- screening : une équipe composée de 4 à 5 personnes dirigée par le responsable du poste descend sur le terrain et teste avec les TDR les membres des cinq concessions autour du cas index. Tous les cas positifs sont notifiés au district, à la région et au niveau central.
- la prise en charge des cas testés positifs avec les ACT. : Il est remis à chaque cas positif un traitement complet de trois jours à base d'ACT.
- les informations sur le nombre de cas index et les actions menées sont transmises au district qui transmet les informations au PNLP de façon hebdomadaire.
- Ce dispositif est complété par le suivi parasitologique et entomologique

Cette forme de surveillance peut être étendue à l'échelle du district ou à d'autres districts de profil épidémiologique identique.

3.4. Surveillance dans les zones de prévalence moyenne et élevée

Cette forme de surveillance est mise en œuvre dans les zones de prévalence moyenne et élevée. Les données cliniques, parasitologiques et entomologiques sont transmises au niveau central de façon mensuelle ou hebdomadaire

Cette surveillance au niveau des sites sentinelles va intégrer les données parasitologiques et entomologiques.

3.5. Mode de fonctionnement des sites sentinelles de surveillance du paludisme :

Les ICP des sites choisis en accord avec les ECD et les partenaires du programme déroulent les activités de surveillance. La surveillance porte sur trois aspects :

1) la surveillance épidémiologique :

Elle consiste à collecter les informations sur les données de morbidité palustre, la prise en charge des cas de paludisme par les TDR et les ACT et la disponibilité des intrants.

2) la surveillance parasitologique :

Elle consiste à collecter les informations sur la prévalence parasitaire. Pour ce faire, des microscopes et des consommables de laboratoire (lames, colorant, vaccinstyles) pour le diagnostic microscopique du paludisme sont mis en place par le PNLP. Pour dérouler cette activité, des microscopistes sont identifiés et choisis au niveau des sites par les ECD et les ICP. Ils bénéficient d'une formation et d'une supervision continue avec le niveau central, régional et district.

Ces microscopistes peuvent confectionner, colorer, lire et communiquer aux ICP les résultats des lames de goutte épaisse/frottis.

3) La surveillance entomologique :

Elle vise à déterminer la dynamique et la répartition de la population des vecteurs (les habitudes des vecteurs primaires et secondaires et le pouvoir de transmission de ces moustiques). La surveillance entomologique doit permettre de disposer d'informations fiables sur :

- i. La localisation des gîtes larvaires susceptibles d'être échantillonnés, rangés selon les taux prévus de reproduction des espèces;
- ii. La densité des populations adultes établie par:
 - a) une capture sur sujets humains ou sur animaux;
 - b) une capture au repos et/ou après traitement par la pyréthrine : **faune résiduelle**;
 - c) une capture par pièges à lumière (pièges CDC);
- iii. Les espèces d'anophèles recensées dans la région et les distances probables de vol entre les différents gîtes larvaires;
- iv. Les résultats des traitements aux insecticides, des épreuves de résistance et des essais biologiques réalisés sur les surfaces récemment traitées par insecticides.

Cette surveillance est généralement menée en collaboration avec les institutions de recherche (Laboratoire d'écologie vectorielle et parasitaire de l'UCAD, Laboratoire d'entomologie médicale de l'Institut Pasteur de Dakar, Laboratoire de paludologie de l'IRD et la Section de lutte antiparasitaire de Thiès) avec des missions de supervision et de contrôle au niveau des sites. Cette surveillance s'appuie sur le niveau opérationnel surtout communautaire qui exécute un certain nombre de tâches telles que la capture des moustiques sur hommes ou pièges CDC, l'appui aux identifications des gîtes larvaires, de la faune résiduelle matinale etc.

4) Suivi de la qualité au niveau des sites sentinelles :

Le suivi de la qualité au niveau des sites sentinelles consiste à la mise en place des procédures, à la formation et à la supervision des sites avec les acteurs du niveau central et opérationnel.

5) Collecte, transmission et partage des données de surveillance :

Les outils de collecte des données épidémiologiques et parasitologiques sont mis en place par le PNLP au niveau des sites.

- 5)-1. Les données épidémiologiques sont collectées de façon hebdomadaire par les ICP des sites et elles sont envoyées au niveau du district qui après analyse les transmet au PNLP qui partage les informations avec les partenaires chaque semaine.
- 5)-2. Les données de la surveillance parasitologique sont collectées par les microscopistes des sites et transmises à l'ECD au même titre que le canevas de collecte des données épidémiologiques.

- Dans les zones à incidence élevée :

Les microscopistes confectionnent et colorent des lames pour les cas de TDR négatifs et positifs (30% de chaque).

La transmission des données au PNL est faite avec une périodicité mensuelle (le 05 de chaque mois). Conformément au manuel de procédures de contrôle qualité du diagnostic biologique du PNL, 10 lames positives et 10 lames négatives sont prélevées pour un contrôle de qualité au niveau central.

- Dans les zones à incidence faible :

Tous les cas de TDR négatifs et positifs bénéficient d'une goutte épaisse/frottis. La transmission des données au PNL est faite avec une périodicité bimensuelle (2 fois par mois).

Toutes ces lames sont conservées dans des boîtes de rangement selon les résultats du TDR et de la goutte épaisse.

IV. LA RECHERCHE OPERATIONNELLE

La recherche opérationnelle a pour fonction principale de fournir des réponses à un problème ou à des questions issues :

- des besoins de planification ;
- des contraintes de la mise en œuvre des opérations de lutte ;
- d'évaluation de l'impact des facteurs agissant sur l'efficacité des mesures de lutte contre le paludisme.

Elle permet d'approfondir les connaissances sur un sujet donné , d'expliquer, d'interpréter et de découvrir de nouvelles relations entre les faits.

Dans le domaine spécifique de la lutte contre le paludisme, les questions socio anthropologiques, les particularités du milieu et les mutations des vecteurs et des parasites bénéficieront d'une attention particulière.

Dans une recherche opérationnelle, les investigations à mener permettent de réunir les éléments essentiels pour une prise de décision relative à la mise en œuvre d'une mesure de lutte ou sur les conditions de sa mise en œuvre en vue d'un impact plus important.

La finalité de cette recherche étant la mise à disposition de bases factuelles pour une prise de décision de lutte contre le paludisme.

1. Qui doit faire la recherche opérationnelle?

La recherche opérationnelle peut être réalisée par tous les agents de santé qui sont impliqués dans la lutte contre le paludisme.

2. Quand est ce que la recherche opérationnelle doit être faite ?

La recherche opérationnelle doit être faite après l'identification d'un problème ou d'un besoin.

3. A quel niveau doit se faire la recherche opérationnelle?

La recherche opérationnelle doit être réalisée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, intermédiaire et opérationnel).

Au niveau central, la recherche opérationnelle peut être conçue à l'initiative du PNLN en collaboration avec les partenaires sur la base de besoins identifiés pour la planification, la mise en œuvre ou l'évaluation du plan stratégique. Elle peut aussi être une initiative d'une équipe de recherche d'un institut national, du niveau intermédiaire ou d'un district sanitaire.

C'est pourquoi, les compétences en matière de recherche des acteurs du système de santé doivent être renforcées et ces derniers encadrés par des équipes de recherche des instituts pour la finalisation des protocoles et leur exécution.

4. Etapes de la mise en œuvre d'une recherche opérationnelle

La conduite d'une recherche opérationnelle doit respecter les étapes suivantes :

a. Identification de la problématique de recherche et de la question de recherche

b. Elaboration du protocole

- Contexte et justification de la recherche
- Objectifs et résultats attendus de la recherche
- Hypothèses
- Budget

c. Soumission au comité d'éthique

d. Recherche de financement

e. Mise en œuvre

f. Elaboration du rapport, diffusion des résultats

V. L' EVALUATION

V-1. Considérations générales

A. Définitions de l'évaluation:

- a. Collecte périodique d'information sur la pertinence, l'efficacité, l'impact et la pérennisation d'un programme par rapport aux objectifs fixés.
- b. Intervient seulement après un certain délai de mise en œuvre du programme et demande des investigations plus approfondies.

B. Sur quoi porte l'évaluation ?

Les aspects pouvant faire l'objet d'une évaluation dans le cadre du PNLN sont multiples et variés. Par exemple, l'évaluation peut porter sur :

- l'efficacité des interventions mises en œuvre dans le cadre de la lutte (PECADOM,

distribution de MILDA, IBC, etc.)

- la contribution des projets ou programmes spécifiques (BID, Fonds Mondial, projet local de lutte contre le paludisme au niveau district ou au niveau régional, etc.)
- la fonctionnalité ou l'efficacité de systèmes (Suivi - Evaluation, pharmacovigilance, etc.)
- l'impact d'un mode ou d'un système d'organisation mis en place
- etc.

C. Qui peut faire une évaluation ?

L'évaluation peut être menée ou commanditée par un ou plusieurs niveaux dans la mise en œuvre du programme, y compris :

- l'unité de coordination du PNLN
- les équipes - cadre de district ou de région
- les partenaires
- etc.

NB : *Les besoins d'évaluation au niveau du poste de santé sont pris en compte par le district sanitaire.*

D. Sources de financement

Plusieurs sources de financement peuvent être sollicitées pour mener une évaluation, notamment :

- la Division de la Recherche du MSAS
- les partenaires techniques et financiers (coopération multi ou bilatérale)
- le PNLN
- les comités de santé
- les collectivités locales
- etc.

E. Types d'évaluation

Deux types d'évaluation sont communément mises en œuvre au sein du Programme :

1) Evaluation Interne :

L'évaluation interne est celle qui est réalisée par toute entité qui met en œuvre le programme, notamment l'unité de coordination, la région médicale, le district et les partenaires de mise en œuvre.

NB : *Chacune de ces structures peut aussi s'adjoindre des compétences externes pour faire l'évaluation interne.*

2) Evaluation Externe :

Ce type d'évaluation est toujours mis en œuvre par un staff indépendant, extérieur à l'organisation commanditaire.

3) Cas spécifique de la revue des performances du programme (RPP) :

Il s'agit d'une activité exclusivement menée par le niveau central à mi-parcours et à la fin de la mise en œuvre du plan stratégique.

Cette évaluation se fait selon une approche basée sur la revue des performances du programme telle que proposée par les partenaires au niveau global.

V-2. Modalités de mise en œuvre

Les modalités de mise en œuvre sont différentes selon le type d'évaluation.

A. L'évaluation interne

Le processus d'évaluation interne se fait suivant les étapes ci-dessous. Celles-ci sont constituées d'une série de tâches à mener d'une façon systématique. Cette évaluation permet, entre autres, à l'organisation de tirer les enseignements pour améliorer sa performance.

A-1. Planification

Cette étape permet de prévoir dans le temps la période de l'évaluation, son étendue et les ressources nécessaires pour sa mise en œuvre.

A-2. Elaboration du protocole et des outils

Elaborer un draft de protocole : un draft de protocole comprenant les outils de collecte doit être élaboré par une équipe ou une personne désignée (membre équipe - cadre district ou région, bureau Suivi - Evaluation, etc.) pour répondre à la question d'évaluation.

Le draft ainsi élaboré doit faire ressortir essentiellement les éléments suivants :

- Objectifs
- Méthodologie
- Plan d'analyse
- Outils de collecte
- Budget

Valider le draft : le draft élaboré doit toujours être validé par un groupe plus élargi (à discuter la possibilité de faire valider les protocoles par la commission recherche du PNLP).

A-3. Phase de collecte des données

Si des données primaires sont nécessaires, il faudra réaliser les tâches suivantes :

- a. former les enquêteurs
- b. constituer les équipes de collecte
- c. imprimer les outils d'enquête en quantité suffisante
- d. transporter les équipes dans les sites
- e. superviser l'activité de collecte : si des données secondaires sont à collecter, il faudra :

- f. faire la liste des documents sources de données (rapport d'enquêtes, d'évaluation, d'études et d'activités, etc.)
- g. désigner un responsable pour la collecte et l'archivage des dits documents
- h. exploiter les documents pour recueillir les données

A-4. Etapes de saisie, d'analyse et d'interprétation des données

- a. Elaborer une maquette de saisie
- b. Saisir les données dans l'ordinateur
- c. Nettoyer la base de données
- d. Exploiter les données selon le plan d'analyse et les représenter au moyen de tableaux, de graphiques, etc.
- e. Interpréter les résultats

NB : Lors de cette étape l'équipe doit prendre toutes les dispositions pour assurer la qualité des données saisies et la sauvegarde de la base.

A-5. Rédaction du rapport

- a. Définir un plan ou canevas de rédaction
- b. Elaborer un draft du rapport

A-6. Validation du rapport

- a. Organiser une séance de validation (ECD, ECR, PNL et partenaires)
- b. Intégrer les inputs et finaliser le rapport

A-7. Diffusion du rapport (supports et canaux)

- a. Identification des canaux potentiels de diffusion, tels que les sites web (MSAS, PNL, partenaires, etc.) , les rencontres au niveau international, national et local , les journaux scientifiques, le journal paluinfos, etc.
- b. Préparer des formats adaptés à chaque canal (article scientifique, présentation PowerPoint, rapport d'évaluation, etc.)

B. L'évaluation externe

Tout comme pour l'évaluation interne, le processus d'évaluation externe se fait suivant les étapes ci-dessous. Celles-ci sont constituées d'une série de tâches à mener d'une façon systématique. Elle offre l'avantage d'accroître la crédibilité des réponses apportées aux questions d'évaluation.

B-1. Planification

Cette étape permet de prévoir dans le temps la période de l'évaluation, le type de l'évaluation, l'étendue de l'évaluation et les ressources nécessaires pour sa mise en œuvre.

B-2. Elaboration des termes de référence du consultant

- a. Elaborer le cahier des charges :

ce cahier de charges doit mentionner les objectifs de la mission, sa durée, son étendue, le profil souhaité du consultant etc.

- b. Valider le cahier des charges en équipe

B-3. Sélection du consultant

- a. Retenir le mode de sélection (liste restreinte, appel d'offres)
- b. Mettre en place une commission de sélection et procéder au dépouillement des offres
- c. Retenir un consultant
- d. Tenir une réunion de débriefing avec le consultant pour une même compréhension de la mission et signature du contrat
- e. Mettre à disposition les ressources :

Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre sont mises à la disposition du consultant selon les modalités définies dans le contrat.

B-4. Suivi de la mise en œuvre de l'évaluation :

Le comité de suivi mis en place se charge du suivi des activités d'évaluation sur la base du plan de travail proposé par le consultant.

B-5. Restitution des résultats provisoires

- a. Organiser une séance de restitution (ECD, ECR, PNLP et partenaires)
- b. Prendre en compte les inputs.

B-6. Production et diffusion du rapport final

- a. Identifier des canaux potentiels de diffusion (sites web, conférences, journaux scientifiques, réunion du bloc épidémiologique, journal paluinfos, etc.)
- b. Préparer des formats adaptés à chaque canal (article scientifique, présentation powerPoint, rapport d'évaluation, etc.).

C. La Revue des performances du programme :

Cette approche passe en revue les performances de la mise en œuvre des différentes stratégies et de la gestion du programme à tous les niveaux.

Sa finalité est d'améliorer la performance du programme et/ou de redéfinir les axes stratégiques.

Pour la revue des performances du programme deux approches complémentaires sont utilisées simultanément :

C-1. Revue interne ou revue documentaire :

Pour cette approche les tâches suivantes sont réalisées :

- a. Recherche documentaires/ Archivage :

Etablissement de la liste des documents à rechercher, mise à contribution des partenaires pour la collecte par le biais d'une personne désignée

- b. Séance d'exploitation des documents et remplissage du « score sheet »
- c. Elaboration du rapport de revue interne

C-2. Revue externe :

Elle se fait conformément aux étapes ci-dessous :

- a. Identification des experts externes :

Il s'agit d'identifier au niveau national et international des personnes dotées d'une expertise dans le domaine en vue de leur participation aux visites de terrain.

Le coordonnateur de l'activité s'assure de la disponibilité des personnes ciblées.

- b. Identification et constitution des équipes
- c. Choix des sites à visiter
- d. Multiplication des outils de collecte
- e. Elaboration du rapport de revue externe

Après l'élaboration des deux rapports (revue documentaire et revue externe) commence la phase de consolidation et de diffusion du document final de la revue des performances. Cette phase comprend plusieurs étapes :

Étape 1 : Elaboration d'un rapport consolidé :

Sur la base des rapports de revue interne et de revue externe, un comité restreint constitué des experts externes et ceux ayant participé à la revue interne élaborent un rapport consolidé.

Étape 2 : Elaboration d'un aide-mémoire :

Le comité restreint procède à la synthèse des principales recommandations qui seront consignées dans l'aide-mémoire.

Étape 3 : Signature de l'aide-mémoire :

Une séance de présentation des principales recommandations aux autorités nationales et aux partenaires est organisée et suivie de la signature de l'aide-mémoire. Les signataires de ce document sont le Ministre et les partenaires y compris la société civile. Par cet acte ils expriment leur adhésion aux conclusions du RPP et affirment leur engagement à accompagner la mise en œuvre des recommandations.

Étape 4 : Point de presse :

Il est organisé aussitôt après la signature de l'aide-mémoire et est animé par les signataires. Il offre une plateforme pour une meilleure diffusion des recommandations

Étape 5 : Publication :

Le RPP fait l'objet d'une publication dans les journaux scientifiques afin de partager avec la communauté internationale les leçons apprises.

La mise en oeuvre d'une revue des performances repose sur une organisation et une coordination pouvant garantir une bonne réalisation. Pour cela il faut au préalable :

i. Désignation du coordonnateur de l'activité :

la coordination de l'activité est assurée par le coordonnateur du Programme ou une personne désignée par ce dernier.

ii. Recrutement d'un consultant :

un consultant doit être recruté lors de la revue des performances. Le consultant aura pour rôle :

- **Elaboration des termes de référence du consultant :**

- a. Elaborer le cahier des charges :

Ce cahier de charges doit mentionner les objectifs de la mission, sa durée, son étendue, le profil du consultant souhaité etc.

- b. Valider le cahier des charges en équipe

- **Sélection du consultant :**

- a. Retenir le mode de sélection (liste restreinte, appel d'offres)
- b. Mettre en place une commission de sélection et procéder au dépouillement des offres
- c. Retenir un consultant
- d. Tenir un réunion de débriefing avec le consultant pour une même compréhension de la mission et signature du contrat
- e. Mettre à disposition des ressources : les ressources financières nécessaires à la mise en oeuvre sont mises à la disposition du consultant selon les modalités définies dans le contrat

iii. Suivi de la mise en oeuvre de l'évaluation :

Le comité de suivi mis en place se charge du suivi des activités d'évaluation sur la base du plan de travail proposé par le consultant.

ANNEXES

ANNEXE 1 : TABLEAUX DES PRINCIPAUX INDICATEURS

Tableau 1 : INDICATEURS D'IMPACT

Indicateurs		Définition	Sources	Fréquence
<u>But</u> : Réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme				
Morbidité proportionnelle paluste (tous âges)	<p>Numérateur: Nombre de cas de paludisme simple/grave enregistrés par an dans les formations sanitaires.</p> <p>Dénominateur: Nombre total de malades vus en consultations externes dans les formations sanitaires</p>	Rapport annuel statistiques PNL P. SNIS	Annuel	
Morbidité proportionnelle paluste (moins de 5 ans)	<p>Numérateur: Nombre de cas de paludisme simple ou grave chez les enfants de moins de 5 ans enregistrés par an dans les formations sanitaires.</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de 5 ans vus en consultations externes dans les formations sanitaires</p>	Rapport annuel statistiques PNL P. SNIS	Annuel	
Incidence paludisme grave pour 1000 habitants (tous âges)	<p>Numérateur: 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>Dénominateur: Population totale</p>	Rapport annuel statistiques PNL P. SNIS	Annuel	
Taux d'incidence du paludisme	<p>Numérateur: Nombre de cas de paludisme confirmés (microscopie ou TDR) pour 1000 personnes et par an.</p> <p>Dénominateur: Population totale</p>	Rapport annuel statistiques PNL P. SNIS	Annuel	
Morbidité proportionnelle paluste chez la femme enceinte	<p>Numérateur : Nombre de cas de paludisme chez les femmes enceintes enregistrés par an dans les formations sanitaires.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes vus en consultations externes (et les cas graves), y compris les CPN, dans les formations sanitaires (et</p>	Rapport annuel statistiques PNL P. SNIS	Annuel	
Décès de patients hospitalisés pour paludisme	<p>Numérateur: Nombre de décès dus au paludisme enregistrés parmi les hospitalisées dans les formations sanitaires par an.</p> <p>Dénominateur: Population totale / 1000</p>	Rapport annuel statistiques PNL P. SNIS	Annuel	

<p>Mortalité palustre proportionnelle (moins de 5 ans)</p>	<p>Numérateur: Nombre de décès dus au paludisme enregistrés parmi les hospitalisés dans les formations sanitaires. (par an). Dénominateur: Nombre total de décès parmi les hospitalisés toutes causes confondues dans les formations sanitaires.</p>	<p>Rapport annuel statistiques PNLN, SNIS</p>	<p>Annuel</p>
<p>Mortalité palustre proportionnelle (moins de 5 ans)</p>	<p>Numérateur : Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dus au paludisme enregistré dans les formations sanitaires. Dénominateur: Nombre total de décès de malades toutes causes confondues de moins de 5 ans hospitalisés enregistrés dans les formations sanitaires.</p>	<p>Rapport annuel statistiques PNLN, SNIS</p>	<p>Annuel</p>
<p>Mortalité palustre proportionnelle (moins de 5 ans)</p>	<p>Numérateur : Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dus au paludisme enregistrés dans les formations sanitaires. Dénominateur: Nombre total de décès de malades toutes causes confondues de moins de 5 ans hospitalisés enregistrés dans les formations sanitaires.</p>	<p>Rapport annuel Statistiques PNLN, SNIS</p>	<p>Annuel</p>
<p>Taux de létalité (moins de 5 ans)</p>	<p>Numérateur: Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour paludisme dans les formations sanitaires. Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour paludisme dans les formations sanitaires.</p>	<p>Rapport annuel Statistiques PNLN, SNIS</p>	<p>Annuel</p>
<p>Taux de létalité (tous âges)</p>	<p>Numérateur: Nombre de décès de malades hospitalisés (tous âges) dus au paludisme. Dénominateur: Nombre total de malades hospitalisés pour paludisme enregistrés dans les formations sanitaires.</p>	<p>Rapport annuel Statistiques PNLN, SNIS</p>	<p>Annuel</p>
<p>Prévalence parasitaire chez les 6-59 mois.</p>	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de 6-59 mois testés positifs par microscopie. Dénominateur: Nombre total d'enfants de 6-59 mois testés par microscopie.</p>	<p>Rapport d'évaluation des partenaires : MICS, EDS.</p>	<p>Tous les 2 ans.</p>

Tableau 2: INDICATEURS DE RESULTATS

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
Traitement antipaludique rapide / efficace	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>Numérateur: 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>Dénominateur: Nombre total des formations sanitaires (postes et centres) visitées</p> <p>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>	Rapports de supervision des formations sanitaires SNIS	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>Numérateur : 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>Dénominateur : Nombre total des case de santé visitées</p>	Rapports de supervision des formations sanitaires SNIS	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>Numérateur : Nombre de structures sanitaires (postes et centres) sans rupture de RDT pendant une semaine continue et au cours des 3 derniers mois</p> <p>Dénominateur : Nombre total des formations sanitaires (postes et centres) visitées</p>	Rapports de supervision des formations sanitaires SNIS	Mensuelle Annuelle

Domaine de Prestation de Service		Indicateurs		Définition		Sources		Fréquence	
Traitement antipaludique rapide / efficace									
Pourcentage de patients atteints de paludisme simple correctement traités conformément aux directives nationales dans les structures sanitaires.		Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple et pris en charge correctement dans les formations sanitaires		<p>Numérateur : Nombre de patients atteints de paludisme simple qui ont bénéficiés d'une prescription correcte d'ACT conformément aux directives nationales.</p> <p>Dénominateur : 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 SNIS		Trimestrielle Annuelle	
Nombre de cas de paludisme pris en charge correctement au niveau communautaire		Nombre total		<p>Numérateur : Nombre de patients atteints de paludisme simple qui ont bénéficiés d'une prescription correcte d'ACT conformément aux directives nationales au sein des structures sanitaires et au niveau communautaire.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de patients atteints de paludisme simple pris en charge au niveau des structures sanitaires et au niveau communautaire.</p>		Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires SNIS		Mensuelle Annuelle	
Pourcentage de patients atteints de paludisme simple correctement traités conformément aux directives nationales dans les structures sanitaires et au niveau communautaire.		Nombre total		<p>Numérateur : Nombre de patients atteints de paludisme simple qui ont bénéficiés d'une prescription correcte d'ACT conformément aux directives nationales au sein des structures sanitaires et au niveau communautaire.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de patients atteints de paludisme simple pris en charge au niveau des structures sanitaires et au niveau communautaire.</p>		Rapports d'activités des formations sanitaires SNIS		Trimestrielle Annuelle	

Domaine de Prestation de Service		Indicateurs		Définition		Sources		Fréquence	
		Pourcentage de personnes qui connaissent les signes de paludisme grave	<p>Numérateur : Nombre de personnes interviewées qui connaissent les signes de paludisme grave.</p> <p>Dénominateur : 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>Nombre total</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 SNIS	Mensuelle Annuelle				
		Nombre de sites sentinelles fonctionnels pour le suivi de la résistance aux médicaments antipaludiques avec l'appui du GF	<p>Nombre total</p>	Rapports d'activités	Rapports d'activités				
		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	<p>Numérateur : 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.</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu la fièvre au cours des 2 dernières semaines</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'évaluation des partenaires (Enquête MICS, enquête EDS)	Tous les 2 ans Annuel				

Domaine de Prestation de Service		Indicateurs		Définition		Sources		Fréquence	
		<p>Pourcentage de patients hospitalisés pour paludisme grave et correctement traités selon la politique nationale dans les formations sanitaires.</p>		<p>Numérateur: Nombre de patients hospitalisés pour paludisme grave dans les FS et correctement traités selon la politique nationale</p> <p>Dénominateur: Nombre total de patients hospitalisés pour paludisme grave dans les FS.</p>		<p>Rapports de supervision des formations sanitaires;</p> <p>Evaluation des formations sanitaires</p>		<p>Annuelle</p> <p>2-3 ans</p>	
		<p>Nombre et Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (par GE ou TDR) dans les structures sanitaires et au niveau communautaire.</p>		<p>Numérateur: Nombre de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (TDR ou GE) dans les structures sanitaires et au niveau communautaire.</p> <p>Dénominateur: Nombre total de cas suspects de paludisme vus dans les structures sanitaires et au niveau communautaire.</p>		<p>Rapport statistique annuel PNLP.</p> <p>Rapports de supervision des formations sanitaires;</p>		<p>Annuelle</p>	
		<p>Nombre et Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (par goutte épaisse ou TDR) dans les structures sanitaires.</p>		<p>Numérateur: Nombre de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (TDR ou GE)</p> <p>Dénominateur: Nombre total de cas suspects de paludisme vus dans les FS.</p>		<p>Rapports statistique annuel PNLP.</p> <p>Rapports de supervision des formations sanitaires;</p>		<p>Annuelle</p>	
		<p>Pourcentage de cas de paludisme correctement traité par les Dispensateur de Soins à Domicile (DSDOM).</p>		<p>Numérateur: Nombre de cas de paludisme correctement traités conformément aux directives par les DSDOM</p> <p>Dénominateur: Nombre total de cas de paludisme vus par les DSDOM.</p>		<p>Rapports des districts;</p>		<p>Annuelle</p>	

Domaine de Prestation de Service		Indicateurs		Définition		Sources		Fréquence	
Moustiquaires traitées aux insecticides		Pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée	<p>Numérateur : Nombre de ménages visités avec au moins une moustiquaire traitée par un insecticide approuvé par la politique nationale</p> <p>Dénominateur: Nombre total de ménages visités</p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district 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>Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous MII la nuit dernière</p> <p>Dénominateur: 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 district 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 femmes enceintes dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)	<p>Numérateur : Nombre de femmes enceintes qui ont dormi sous MII la nuit dernière</p> <p>Dénominateur: 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 district 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	
Paludisme pendant la grossesse		Pourcentage de la population (tous âges) ayant dormi sous moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'Action (MILDA) la nuit dernière.		<p>Numérateur : Nombre de personne qui ont dormi sous MILDA la nuit dernière</p> <p>Dénominateur: Population totale interrogée</p> <p><i>Note</i>: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>		Enquête de couverture annuelle Rapport d'évaluation (Enquête MICS, enquête EDS)		Tous les 2 ans	
		Nombre de prestataires de service formés en TPI		<p>Nombre total</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	
		Pourcentage de femmes enceintes recevant une chimio - prévention directement observée à la SP conformément aux directives du PNL		<p>Numérateur : Nombre de femmes enceintes qui ont reçu au moins deux doses de SP (TPI2) en TDO au cours de la CPN</p> <p>Dénominateur: Nombre total de premier contact</p>		Rapports de supervision des formations sanitaires - SNIS - Données de monitoring		Mensuelle Annuelle 6 mois	

Tableau 3: INDICATEURS DE PROCESSUS

Domaine de Prestation de Service		Indicateurs		Définition		Sources		Fréquence	
Assurer la disponibilité des MI pour faire face aux besoins nationaux (enfants 0- 5 ans et femmes enceintes)									
Moustiquaires traitées aux insecticides	Nombre de moustiquaires « long lasting » distribuées	Nombre total de Moustiquaires imprégnées distribuées <i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine))	Rapport de supervision et de monitoring	Mensuelle et tous les 6 mois					
	Nombre de districts ayant bénéficié de la couverture universelle	Nombre total districts <i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région	Rapport de supervision	Tous les 6 mois					
	Pourcentage de couchage disposant de moustiquaires ré imprégnées	Numérateur : Nombre total couchage avec moustiquaires ré imprégnées Dénominateur: Nombre total de couchage <i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapport d'activités des districts et OCB						
	Nombre de prestataires de soins formés sur la PEC du paludisme au niveau des formations sanitaires	Nombre total de prestataires formés <i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de formation	Ponctuel					
Formation	Nombre d'enseignants formés sur la prévention du paludisme suivant le guide sur le paludisme pour l'enseignement moyen et secondaire.	Nombre total d'enseignants formés <i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district	Rapports de formation	Ponctuel					

Indicateurs		Définition		Sources		Fréquence	
Domaine de Prestation de Service	Pourcentage d'équipes médicales ayant reçu une visite de supervision durant la période rapportée.	Nombre visité / Nombre prévu <i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district	Rapports d'activités	Semestriel			
	Nombre et pourcentage d'agents de santé communautaires formés ayant reçu une visite de supervision durant la période rapportée.	Nombre Total d'agents visités Nombre visité / Nombre prévu <i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district	Rapports d'activités	Trimestriel			
Communication	Nombre de mères sensibilisées sur la prise en charge du paludisme	Nombre total <i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de séances de sensibilisation	Ponctuel			
	Nombre de zones visées par les services IEC et ayant bénéficié des séances IEC	Nombre total <i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de séances de sensibilisation	Ponctuel			
Evaluation	Nombre d'enquêtes de couverture menées	Nombre total	Rapports d'enquêtes	Ponctuel			
	Pourcentage de sites sentinelles ayant transmis l'ensemble de leur rapport conformément aux directives.	Nombre sites ayant rapporté / Nombre total de sites <i>Note:</i> Il est recommandé de faire par district	Rapports d'activité	Semestriel			

Domaine de Prestation de Service		Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
		Pourcentage d'équipes médicales ayant reçu une visite de supervision durant la période rapportée.	Nombre visité / Nombre prévu <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.	Nombre Total d'agents visités Nombre visité / Nombre prévu <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district</i>	Rapports d'activités	Trimestriel
	Communication	Nombre de mères sensibilisées sur la prise en charge du paludisme	Nombre total <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
		Nombre de zones visées par les services IEC et ayant bénéficié des séances IEC	Nombre total <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
Evaluation	Nombre d'enquêtes de couverture menées	Nombre total	Rapports d'enquêtes	Ponctuel	
	Pourcentage de sites sentinelles ayant transmis l'ensemble de leur rapport conformément aux directives.	Nombre sites ayant rapporté / Nombre total de sites <i>Note: Il est recommandé de faire par district</i>	Rapports d'activité	Semestriel	

Domaine de Prestation de Service		Indicateurs		Définition		Sources		Fréquence	
Partenariat	Nombre d'études menées	Nombre total		Rapports d'enquête		Ponctuel			
	Nombre d'ONG ayant reçu du PNL un financement pour la lutte contre le paludisme au niveau communautaire	Nombre total <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</i>		Pièces comptables de décaissement Rapports d'activités des réseaux/partenaires		Ponctuel			
Gestion financière	Pourcentage du budget consacré au monitoring et à l'évaluation	Numérateur : Montant du budget de S/E Dénominateur : Montant total du budget du projet <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</i>		Pièces comptables Budget annuel		Annuel			
	Pourcentage de réduction des coûts unitaires des médicaments et matières premières	Numérateur : coût réel moins le coût au bénéficiaire Dénominateur : coût réel du médicament <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</i>		Répertoire des prix de vente des médicaments Pièces comptables d'achat des médicaments		Annuel			

ANNEXES 2 : Fiches de collecte des données de routine au niveau des structures sanitaires

I. DONNEES DE MORBIDITE ET DE MORTALITE Synthèse des fiches CFR/FORM

CFR/FORM I 1-FICHE RECAPITULATIVE DE LA SITUATION DES MALADES VUS EN CONSULTATION EXTERNE

District sanitaire de :

Poste de santé ou CS de :

MOIS	Enfants de - 5 Ans			Patients Agés de 5 ans et +			Femmes Enceintes MALADES		
	Nb. Total de cas vus (toutes affections confondues)	* Nb. de cas de paludisme Suspect.	Nombre de Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Nb. de cas de paludisme confirmé (par TDR)	Nb. total de cas vus (toutes affections confondues)	* Nb. de cas de paludisme Suspect.	Nombre de Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Nb. de cas de paludisme confirmé (par TDR)	Nb. de cas de paludisme confirmé (par TDR)

NB : Les données des postes de santé intègrent celles des cases de santé.

***NB** : Nb. de cas de paludisme clinique (**cas de paludisme Suspect**) : c'est le nombre de cas suspect tel que défini par l'ordinogramme et qui doit faire l'objet d'un TDR

CFR/FORM II 2-FICHE RECAPITULATIVE DE LA SITUATION DES MALADES HOSPITALISES

Réservé aux Centre de santé.

MOIS	Enfants de - 5 Ans					Patients Agés de 5 ans et +					Femmes Enceintes MALADES				
	Nb. Total Hospitalisés (toutes affections confondues)	* Nb. de cas de paludisme Suspect	Nb. de Goutte épaisse effectué	Nb. de TDR Réalisés [Positifs + Négatifs]	Nb. de cas de paludisme confirmé	Nb. Total Hospitalisés (toutes affections confondues)	* Nb. de cas de paludisme Suspect	Nb. de Goutte épaisse effectué	Nb. de TDR Réalisés [Positifs + Négatifs]	Nb. de cas de paludisme confirmé	Nb. Total Hospitalisés (toutes affections confondues)	* Nb. de cas de paludisme Suspect	Nb. de Goutte épaisse effectué	Nb. de TDR Réalisés [Positifs + Négatifs]	Nb. de cas de paludisme confirmé

CFR/FORM III 3-FICHE RECAPITULATIVE DES PATIENTS DECEDES EN HOSPITALISATION

Réservé aux Centre de santé.

MOIS	Enfants de - 5 Ans		Patients Agés de 5 ans et + excluant les femmes enceintes		Femmes Enceintes MALADES		TOTAL												
	Nb. total de décès (toutes causes confondues)	Décès de paludisme (confirmé)	Nb. total de décès (toutes causes confondues)	Décès de paludisme (confirmé)	Nb. total de décès (toutes causes confondues)	Décès de paludisme (confirmé)	Décès de neuro paludisme	Décès liée à l'anémie liée au paludisme											

II. DONNEES SUR LE TPI : **FICHE DE COLLECTE (DONNEES SUR LE TPI ET LA PREMIERE CPN)**

MOIS	Nombre de femmes enceintes ayant fait la première CPN. (1er Contact)	Nombre de femmes enceintes ayant reçu la première dose de sulfadoxine Pyriméthamine. (SP1).	Nombre femmes enceintes ayant reçu la deuxième dose de sulfadoxine Pyriméthamine. (SP2).	Nombre femmes enceintes ayant reçu la troisième dose de sulfadoxine Pyriméthamine. (SP3).	Nombre de Structure ayant notifié / Nombre total de structure

III. GESTION DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES :

Collecte des données sur la distribution des Moustiquaires Imprégnées dans le district.

MOIS	Report du stock restant du trimestre précédent (A)	Quantités reçues pendant le trimestre (B)	Total disponible pendant le trimestre (C) = (A+B)	Quantité de moustiquaires imprégnées distribuée aux Populations (par Groupe)			Total des quantités distribuées D = (i+ii+iii)	Stock restant à la fin du trimestre E = C - D
				Femmes enceintes (i)	Enfants de moins de 5 ans (ii)	Plus de 5 ans excluant les femmes enceintes (iii)		

Préciser le nombre d'OCB ayant reçu du district, des moustiquaires imprégnées pour la distribution communautaire :

Préciser combien ces OCB ont reçu du district au total :

ANNEXES 3 : Outils PECADOM

1 - REGISTRE DE CONSULTATION GENERALE DSDOM

Date de la consultation	N° d'ordre	Prénom et Nom	Age Mois /An	Sexe	Femmes enceintes	Nom et prénom de la mère (si enfant 0-5ans)	Adresse / Village / Quartier	Signes et plaintes	TD R	Classification	Traitement / Posologie	Observations			
												Effets indésirables 13 a	Guéri 13b	Référé 13 c	Décédé 13 d
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				

INSTRUCTIONS DE REMPLISSAGE du REGISTRE DE CONSULTATION GENERALE DSDOM

1. Inscrire la date de consultation du malade	7. Inscrire le nom et prénom de la mère si l'enfant entre 0 et 5 ans révolus
2. Inscrire le numéro d'ordre qui est séquentiel et mensuel	8. Préciser l'adresse exacte de la personne
3. Inscrire le nom et prénom de la personne	9. Mentionner les signes et plaintes de la personne
4. Age : en mois (pour les moins de 5ans) et en année pour les plus de 5 ans	10. Renseigner la colonne TDR par des signes : + si TDR est positif - si TDR est négatif
5. Inscrire le sexe de la personne	11. Classification selon la maladie (paludisme, diarrhée et infection respiratoire aiguë)
6. Préciser si c'est une femme enceinte	12. Mentionner le traitement prescrit et la posologie
	13. Dans la colonne observation renseigner si : a. effets indésirables b. Malade guéri c. Malade référé d. Malade décédé

2 - RAPPORT MENSUEL DU DSDOM

Région médicale de : District de :
 Collectivité Locale de : Poste de santé de :
 Village/ :
 Nom DSDOM :
 Année: Mois de: Période couverte : Du au

1) SERVICES OFFERTS PAR LE DSDOM DURANT LA PERIODE:

N°	Services offerts	Oui	Non	Si non pourquoi
1.	PRISE EN CHARGE PALUDISME			
2.	PRISE EN CHARGE DIARRHEE			
3.	PRISE EN CHARGE INFECTION RESPIRATOIRE AIGUE			

2) MALADES VUS AU NIVEAU DU VILLAGE :

N°	Indicateurs	Moins de 5ans	5 ans et plus	Total
a.	Nombre de cas vus toutes causes confondues			
b.	Nombre de cas vus pour visite de suivi toute maladies (paludisme IRA Diarrhée)			
c.	Nombre de TDR réalisés			
d.	Nombre de TDR positifs			
e.	Nombre de cas de paludisme traités par ACT			
f.	Nombre de cas de paludisme traités par ACT et guéris			
g.	Nombre de cas de toux /rhume			
h.	Nombre de cas de toux /rhume guéris			
i.	Nombre de cas de pneumonie traités par COTRI			
j.	Nombre de cas de pneumonie traités par COTRI et guéris			
k.	Nombre de cas de diarrhée traités par SRO seul			
l.	Nombre de cas de diarrhée traités par Zinc seul			
m.	Nombre de cas de diarrhée traités par SRO et Zinc			
n.	Nombre de cas de diarrhée traités et guéris			
o.	Nombre de cas d'effets indésirables (préciser médicaments suspects)			
p.	Nombre de cas référés toutes maladies (paludisme IRA Diarrhée)			
q.	Nombre de cas de paludisme référés			
r.	Nombre de cas de diarrhée référés			
s.	Nombre de cas d'IRA référés			
t.	Nombre d'autres cas référés			
u.	Nombre de cas de décès			

NB : Préciser les médicaments suspects pour les effets indésirables:

ANNEXES 4 : Listes des personnes ayant participé à l'élaboration du manuel

N°	Prénoms Nom	Structures
1	Moustapha SAKHO	Consultant / Groupe ISSA
2	Dr Mady Ba	PNLP
3	Dr Moustapha CISSE	PNLP
4	Mr Médoune NDiop	PNLP
5	Dr Ibrahima Diallo	PNLP
6	Dr Alioune Badara Gueye	PNLP
7	Mr Cheikh Thiam	PNLP
8	Pr Ousmane Faye	UCAD
9	Dr Bakary SAMBOU	OMS
10	Mme Oulèye Tall Dieng BEYE	PNLP
11	Dr Mame Birame DIOUF	PMI / USAID
12	Dr Mamadou Lamine DIOUF	PNLP
13	Dr Moustapha FAYE	MCD DS MECKHE
14	Dr Abdoulaye DIEDHIOU	INTRAHEALTH
15	Dr Fatou Ba FALL	PNLP
16	Dr Seynabou GAYE FAYE	PNLP
17	Mme Raky SECK DIAGNE	PNLP
18	Mr Baye Moussé GUEYE	S / SSP DS Thiadiaye
19	Mr El hadji Malick Badiane	ENDSS
20	Mme Sokhna Diabakh Gaye	DSIS
21	Dr Khadime Sylla	Laboratoire Parasitologie. UCAD
22	Mr Diaguily KOITA	INTRAHEALTH



Rue Aimé Césaire Fann Résidence - Dakar, Sénégal
BP 25 270 • Tél. : 33 869 07 99 • Fax : +221 33 864 41 20
E-mail : contact@pnlp.sn • www.pnlp.sn