



REPUBLIQUE DU SENEGAL  
Un Peuple-Un But-Une Foi

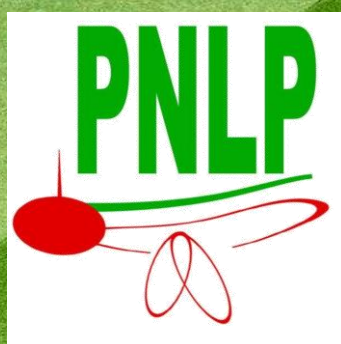
-----  
MINISTERE DE LA SANTE ET DE  
L'ACTION SOCIALE

-----  
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE

-----  
DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE



## Programme National de Lutte contre le Paludisme



# Manuel de procédures de suivi- évaluation des activités de lutte contre le paludisme

Edition **2021**



## SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>I</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	<b>II</b>
<b>TABLEAUX ET FIGURES</b> .....	<b>IV</b>
<b>CHAPITRE I : CADRE DU SUIVI-EVALUATION DU PNL</b> .....	<b>3</b>
<b>I. LES CADRES DE SUIVI-EVALUATION</b> .....	<b>4</b>
<b>II. CADRE INSTITUTIONNEL</b> .....	<b>15</b>
<b>CHAPITRE II : SUIVI-EVALUATION</b> .....	<b>19</b>
<b>I. DEFINITION DES CONCEPTS DE SUIVI - EVALUATION</b> .....	<b>19</b>
<b>II. LE SUIVI</b> .....	<b>19</b>
<b>III. EVALUATION</b> .....	<b>19</b>
<b>IV. UTILISATION DE L'INFORMATION</b> .....	<b>19</b>
<b>CHAPITRE III : LES AUTRES ASPECTS DU SUIVI</b> .....	<b>50</b>
<b>I. LA SURVEILLANCE SENTINELLE</b> .....	<b>51</b>
<b>II. LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE</b> .....	<b>53</b>
<b>III. LES ENQUÊTES</b> .....	<b>55</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>57</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

<b>ACPP</b>	Acteurs Communautaires de Prévention et de Promotion
<b>ACS</b>	Acteurs Communautaires de Soins
<b>ACT</b>	<i>Artemisinin-based Combination Therapy</i>
<b>AID</b>	Aspersion Intra Domiciliaire
<b>ASC</b>	Agent de Santé Communautaire
<b>CCC</b>	Communication pour un Changement de Comportement
<b>CCPLP</b>	Cadre de Concertation des Partenaires dans la Lutte contre le Paludisme
<b>CSSI</b>	Chef de Service des Soins Infirmiers
<b>CU</b>	Couverture Universelle
<b>DHIS 2</b>	<i>District Health Information System Version 2</i>
<b>DRSAS</b>	Région Médicale
<b>DSDOM</b>	Dispensateur de Soins à Domicile
<b>DSISSS</b>	Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale
<b>ECD</b>	Equipe Cadre de District
<b>ECR</b>	Equipe Cadre de Région
<b>EDS-C</b>	Enquêtes Démographiques et de Santé-Continue
<b>EDS-SN</b>	Entrepôt de Données Sanitaires du Sénégal
<b>GE</b>	Goutte Epaisse
<b>IBC</b>	Interventions à Base Communautaire
<b>ICP</b>	Infirmier Chef de Poste
<b>IEC</b>	Information, Education, Communication
<b>IRA</b>	Infections Respiratoires Aigues
<b>IRD</b>	Institut de Recherche pour le Développement
<b>LAMP</b>	<i>Loop Mediated Isothermal Amplication</i>
<b>MCD</b>	Médecin - Chef de District
<b>MCR</b>	Médecin - Chef de Région
<b>MEO</b>	Mise En Œuvre
<b>MII</b>	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
<b>MILDA</b>	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
<b>MSAS</b>	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
<b>OCB</b>	Organisation Communautaire de Base
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé

<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PECADOM</b>	Prise en Charge des Cas à Domicile
<b>PNA</b>	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
<b>PNLP</b>	Programme National de Lutte contre le Paludisme
<b>PRA</b>	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
<b>RO</b>	Recherche Opérationnelle
<b>RPP</b>	Revue des Performances du Programme
<b>SHOC</b>	<i>Strategic Health Operation Center</i>
<b>SIS</b>	Service de l'Information Sanitaire
<b>SLAP</b>	Service de Lutte Anti-Parasitaire
<b>SP</b>	Sulfadoxine Pyriméthamine
<b>SSDS</b>	Système de Surveillance Démographique et Sanitaire
<b>SSP</b>	Soins de Santé Primaires
<b>TDO</b>	Traitement Directement Observé
<b>TDR</b>	Test de Diagnostic Rapide
<b>TPI</b>	Traitement Préventif Intermittent
<b>UCAD</b>	Université Cheikh Anta Diop de Dakar
<b>VDS</b>	Vérification des Données sur Site

## TABLEAUX ET FIGURES

### Figures

<i>Figure 1: modèle logique</i> _____	4
<i>Figure 2: composantes du programme et liens avec le suivi-évaluation</i> _____	6
<b>Figure 3: Exemple de choix des indicateurs suivant la logique de mise en œuvre</b> _____	8
<i>Figure 4: organigramme du PNLP</i> _____	15
<i>Figure 5: pyramide sanitaire</i> _____	15
<i>Figure 6: Les sources de données du système de suivi-évaluation du PNLP</i> _____	31
<i>Figure 7: circuit de l'information sanitaire et sociale du MSAS</i> _____	32

### Tableaux

<i>Tableau I: Modèle logique (extrait du PSN 2021-2025)</i> _____	4
<i>Tableau II: Présentation du cadre logique</i> _____	8
<i>Tableau III: Exemple de remplissage du cadre logique pour le paludisme</i> _____	10
<i>Tableau IV: extrait cadre de performance du PNLP 2021-2025</i> _____	13
<i>Tableau V: Structuration de l'unité de coordination</i> _____	15
<i>Tableau VI: Organisation par niveau du rapportage des données sur le paludisme</i> _____	35
<i>Tableau VII: rapport standard DHIS2 (NB : indicateurs exprimés en %)</i> _____	37

## AVANT PROPOS

L'élimination du paludisme à l'échéance 2030 est le principal objectif de la feuille de route mondiale définie par l'OMS à travers "la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030" et "*Action Investment to defeat Malaria 2016-2020 (AIM)*".

Conformément à ces orientations mondiales, le Sénégal au regard des résultats enregistrés sur la période 2009-2015 a élaboré pour la première fois un Plan Stratégique National 2016-2020 orienté vers la pré-élimination du paludisme. Après l'évaluation de ce plan 2016-2020, il a été élaboré le Plan Stratégique National 2021-2025 avec comme objectif d'interrompre la transmission locale dans au moins 80% des districts éligibles de 2019.

Ce plan exige de la part du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) de disposer d'un système performant de mesure des indicateurs et de relever le défi de la disponibilité à temps opportun d'informations sur le déroulement des activités et de 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 national 2021-2025 qui se veut un ensemble d'orientations techniques, méthodologiques et organisationnelles, permettra à l'ensemble des acteurs de dérouler les activités de Suivi- Evaluation d'une manière harmonisée offrant ainsi des possibilités de comparaisons entre les 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 tâches par rapport au Suivi - Évaluation.

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

Au Sénégal, le paludisme reste toujours une préoccupation sanitaire nationale. Les plans quinquennaux jusqu'ici élaborés et mis en œuvre, ont de façon systématique accordé une place fondamentale à la physionomie de la maladie et aux moyens diagnostics et préventifs en tenant compte des considérations spatio-temporelles spécifiques.

Les nombreux progrès enregistrés ces dernières années en termes d'interventions et d'approches recommandent une réactualisation du dispositif de suivi-évaluation d'où la nécessité de réadapter le manuel de procédures de suivi-évaluation version 2012 en l'adaptant aux exigences des nouveaux objectifs stratégiques. Le Plan Stratégique National (PSN) 2021-2025 qui comprend 8 domaines d'intervention, avec chacun, 1 à 4 objectifs spécifiques et leurs interventions exige un manuel de suivi-évaluation décrivant de façon claire et sans équivoque les procédures opérationnelles de collecte, d'enregistrement, et de transmission des informations pour la lutte contre le paludisme.

Le présent manuel a pour but de renforcer et d'harmoniser le système global de suivi - évaluation 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 – Évaluation ;
- renforcer l'efficacité des acteurs dans l'exécution des tâches de suivi et d'évaluation.

Le manuel des procédures de Suivi - Évaluation 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 Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et des parties prenantes.

- **Garantie de continuité dans l'efficacité du système d'information**

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 dans un contexte fortement marqué par une mobilité du personnel sanitaire.

- **Outils de gestion**

Les procédures, particulièrement celles relatives au Suivi - Évaluation, font partie du système d'information et de gestion du PNLP. A ce titre, elles permettent de communiquer sous forme d'outils de gestion, de documents accessibles, les règles et méthodes applicables à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La répartition des rôles et les relations entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire (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 acteurs**

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. Le manuel de procédures 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 - Évaluation des activités de lutte contre le paludisme.

Ce manuel comprend trois chapitres :

- le premier traite du cadre de Suivi - Évaluation aux différents niveaux du système de santé,
- le deuxième aborde les procédures opérationnelles dont la définition des concepts, le suivi aux différents niveaux du système, l'évaluation et l'utilisation de l'information.
- le troisième chapitre traite des autres aspects du suivi.

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

Ce manuel reste un document dynamique, il est mis à jour après chaque révision majeure d'une stratégie ou l'introduction de nouvelles approches de lutte contre le paludisme. Il peut aussi être révisé selon le contexte épidémiologique, les leçons apprises et les suggestions des structures d'exécution et des acteurs.



# **CHAPITRE I : CADRE DU SUIVI-EVALUATION DU PNLP**

- I. LES CADRES DE SUIVI-EVALUATION DU PNL**
- II. LE CADRE INSTITUTIONNEL**

# I. LES CADRES DE SUIVI-EVALUATION

## Le modèle logique

Le modèle logique offre une interprétation visuelle de l'usage rationnel des ressources du PNLN pour l'atteinte des résultats visés.

### 1. Schéma du modèle logique

Ce schéma permet d'identifier et d'illustrer les relations linéaires allant des intrants aux résultats du programme en passant par le processus et les produits.

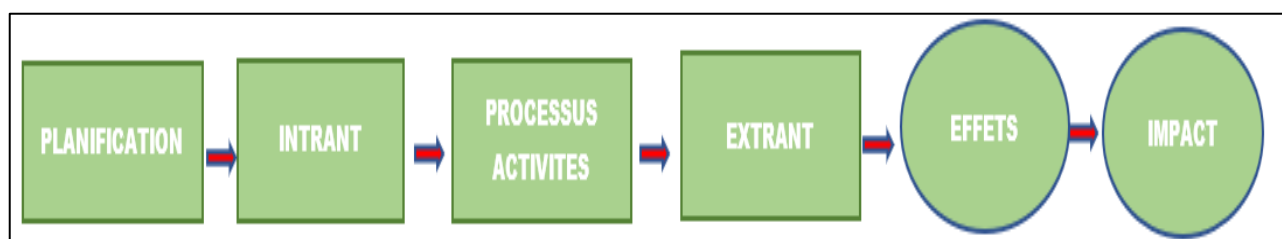


Figure 1: modèle logique

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).

Tableau I: Modèle logique (extrait du PSN 2021-2025)

INTRANTS	PROCESSUS	PRODUITS	EFFETS	IMPACT
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources humaines</li> <li>• Finances</li> <li>• Logistique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser des sessions de formation des DSDOM sur la prise en charge du paludisme à domicile (PECADOM).</li> <li>• Organiser une supervision formative des agents de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSDOM formés sur la prise en charge des cas de paludisme (PECADOM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge correcte des cas de paludisme suivant les directives.</li> <li>• Changement de comportement</li> </ul>	Baisse de l'incidence du paludisme (< 5%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources humaines</li> <li>• Finances</li> <li>• Logistique</li> <li>• Matériels IEC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former les acteurs sur l'IEC</li> <li>• Doter les acteurs de matériels IEC</li> <li>• Sensibiliser la population sur les conséquences néfastes du paludisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population sensibilisée</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACT</li> <li>• Quinine orale</li> <li>• SP</li> <li>• Quinine et artésunate injectable</li> <li>• Rectocaps</li> <li>• Primaquine</li> <li>• TDR</li> <li>• Ressources : humaines et financières</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place la SP, les ACT, la quinine, l'artésunate injectable, le Rectocaps, la primaquine et les TDR dans les points de prestation</li> <li>• Former les agents sur la gestion des stocks</li> <li>• Doter les structures en médicaments et TDR et</li> <li>• Mettre en place les ACT et les TDR dans les sites choisis pour la PECADOM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TDR, SP, quinine orale, artésunate injectable, Rectocaps ACT mis en place</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matériels pour TDO pour le TPI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orienter les acteurs sur le paludisme et grossesse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matériels distribués</li> </ul>	Femmes enceintes	

INTRANTS	PROCESSUS	PRODUITS	EFFETS	IMPACT
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SP/AQ</li> <li>• Ressources humaines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orienter les acteurs sur la SMC</li> <li>• Doter les structures sanitaires en matériels et SP pour le TDO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SP/AQ administrée aux 3-120 mois</li> </ul>	protégées contre le paludisme SP/AQ	Baisse de 75% de la mortalité du paludisme. (125 décès liés au paludisme)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources humaines</li> <li>• Finances</li> <li>• Logistique</li> <li>• MILDA</li> <li>• Supports IEC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser des activités IEC/CCC sur l'utilisation de la MILDA</li> <li>• Doter les structures de MILDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population sensibilisée sur l'importance de dormir sous MILDA.</li> </ul>	Population dort sous MILDA.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• MILDA</li> <li>• Ressources humaines</li> <li>• Finances</li> <li>• Logistique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orienter les acteurs sur la stratégie de CU/MILDA</li> <li>• Acquérir des MILDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MILDA distribuées</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matériels AID</li> <li>• Produits AID</li> <li>• Ressources. Humaines</li> <li>• Finances</li> <li>• Logistique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etendre l'AID dans les zones éligibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concessions traitées</li> </ul>	Réduction de la population vectorielle	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources humaines</li> <li>• Fiche documentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documenter tous les cas de paludisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cas de paludisme documentés</li> </ul>	Cure radicale de tous les cas de paludisme	Interrompre la transmission locale du paludisme dans 80% des districts éligibles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources humaines</li> <li>• ACT</li> <li>• TDR ultrasensibles/classiques</li> <li>• « LAMP »</li> <li>• Outils de gestion</li> <li>• Matériel informatique</li> <li>• MILDA</li> <li>• Supports IEC</li> <li>• Logistique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investiguer tous les cas investigables dans les zones éligibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cas éligibles Investigués</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources humaines</li> <li>• ACT</li> <li>• TDR ultrasensibles</li> <li>• « LAMP »</li> <li>• Outils de gestion</li> <li>• Matériel informatique</li> <li>• MILDA</li> <li>• Supports IEC</li> <li>• AID</li> <li>• Logistique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mener la riposte en cas de flambée d'épidémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epidémie contrôlée</li> </ul>		

## 2. Les composantes du programme et leurs liens avec le Suivi – Évaluation

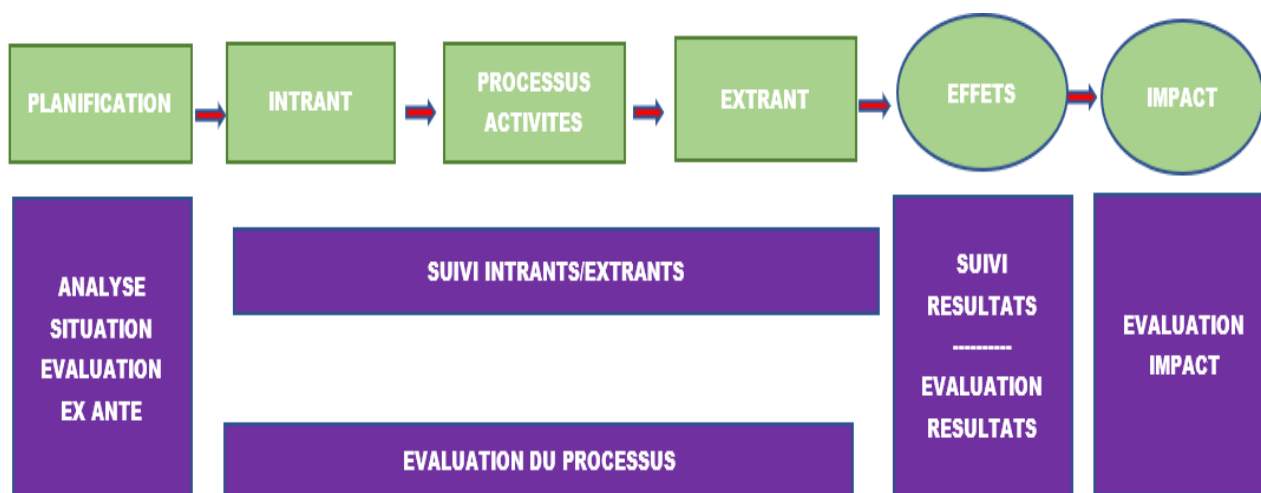


Figure 2: composantes du programme et liens avec le suivi-évaluation

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 œuvre d'un programme.

### Définitions des concepts

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

### Intrants

Ce sont les *ressources* utilisées dans le cadre du programme. Il s'agit essentiellement des ressources financières, humaines et/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, les investigations de cas et de foyers, etc.

### Produits / Extrants

Ce sont les *produits directs ou produits livrables* du projet/programme obtenus après la mise en œuvre des activités ou des interventions :

- nombre d'agents formés,
- nombre de cas correctement pris en charge,
- nombre de MILDA distribuées,
- nombre de cas investigués, etc.



## Effets

Ce sont les *résultats* du programme qui se produisent aussi bien à *court qu'à moyen termes* après l'achèvement des activités tels que les changements au niveau des connaissances, des attitudes, des compétences, des comportements, de l'accès aux services, la réduction de la population vectorielle, 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 l'incidence /1000 hbts, baisse de la prévalence parasitaire),
- baisse de la mortalité palustre (la létalité palustre, la mortalité proportionnelle ou spécifique),
- interruption de la transmission locale du paludisme, etc.

## Indicateur

C'est une variable objectivement vérifiable (mesurable) que l'on peut observer pour comparer les objectifs aux réalisations effectives à 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 - Évaluation doivent être claires, précises et mesurables garantissant une meilleure collecte de l'information. La sélection doit répondre à certaines priorités du pays, aux normes internationales et alignée au mieux avec celle des partenaires techniques du pays. 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 - Évaluation, les indicateurs retenus sont de plusieurs types :

- **les indicateurs de processus** : ceux qui permettent de documenter ce qui est fait.
- **les indicateurs de résultats** : ceux qui permettent de mettre en évidence les effets directs de ce qui est fait.

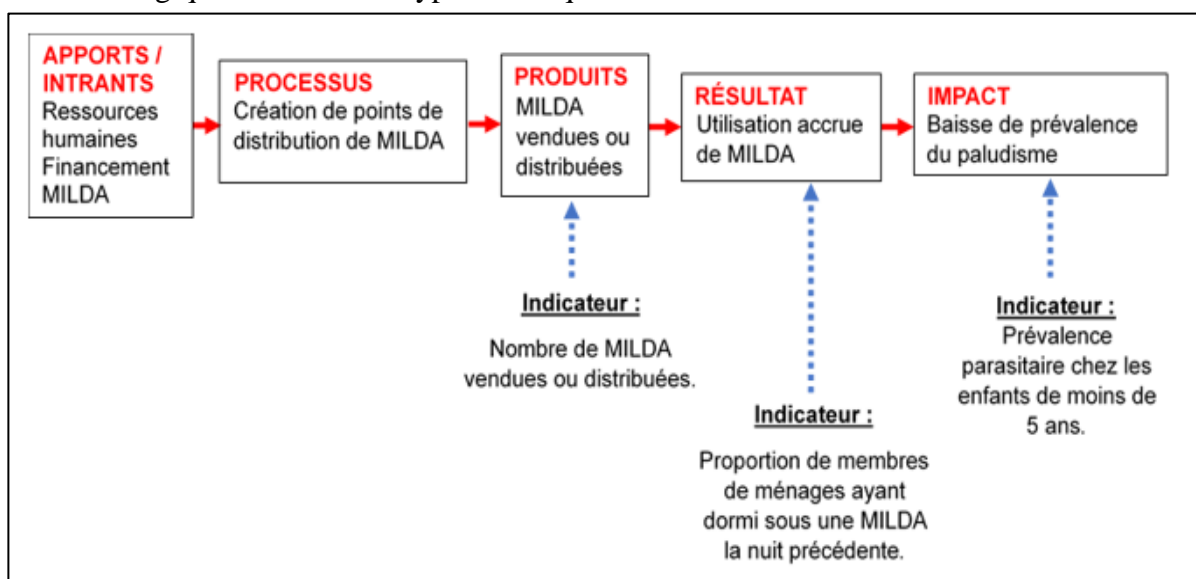
- **les indicateurs d'effet** : ceux qui permettent de mettre en évidence les résultats à moyen terme
- **les indicateurs d'impact** : ceux qui permettent de mesurer les effets à long terme des interventions mises en œuvre.

**Figure 3:** Exemple de choix des indicateurs suivant la logique de mise en œuvre

### 3. Le cadre logique :

Le cadre logique est un tableau qui présente une synthèse du projet et sa logique structurelle. Il a pour but de résumer ce que le programme va faire et comment il va le faire.

Le cadre logique clarifie les hypothèses qui sous-tendent le PNLN et les liens entre les



différentes composantes : les activités, les produits et les résultats attendus.

Donc, l'intérêt du cadre logique c'est de :

- présenter le but et les objectifs : général et spécifiques
- définir les activités et les résultats attendus
- mettre en évidence les hypothèses, ainsi que les relations entre les différentes composantes d'un projet ou programme.

**Tableau II: Présentation du cadre logique**

Description du projet	Indicateurs de performance	Moyens/sources de vérification	Hypothèses
<b>But :</b> l'impact global de développement auquel contribue le	Indicateurs mesurant le degré de contribution à l'atteinte du but du projet.	Sources d'information et méthode de	Hypothèse extra-programmatique (d'ordre politique ou autre) pouvant faciliter ou perturber

Description du projet	Indicateurs de performance	Moyens/sources de vérification	Hypothèses
projet – au niveau national et sectoriel	Utilisé lors de l'évaluation d'impact	collecte et de rapportage	l'atteinte du but du projet/programme
<p><b>Objectif général :</b> Les résultats en termes de développement attendus à la fin du projet. Toutes les composantes du projet contribuent à cet objectif</p>	Indicateurs renseignant sur le degré d'atteinte de l'objectif général à la fin du projet. Utilisés pour l'évaluation à la fin du projet	Sources d'information et méthode de collecte et de rapportage	Hypothèses pouvant faciliter les liens entre l'objectif général et le but du projet
<p><b>Objectifs spécifiques (par composante) :</b> Les résultats attendus de la réalisation des activités de chaque composante du projet</p> <p><b>Les résultats :</b> directs, mesurables Biens et services sous le contrôle de la direction du projet</p> <p><b>Activités :</b> Activités à réaliser dans la mise en œuvre du projet afin de produire les résultats attendus</p>	Mesure le degré d'atteinte des objectifs des composantes avec des acquis durables. Utilisés lors des revues et à l'évaluation	Sources d'information et méthode de collecte et de rapportage	Hypothèses pouvant faciliter les liens entre l'objectif spécifique de la composante et l'objet général du projet Hypothèses pouvant faciliter la réalisation des activités
	Mesure la quantité et la qualité des produits obtenus. Utilisés lors du suivi et de la revue.		
	Indicateurs du processus de mise en œuvre des activités. Utilisés pour le suivi		

Tableau III: Exemple de remplissage du cadre logique pour le paludisme

But/Objectifs/ Activités	Indicateurs de Performance	Moyens/sources de vérification	Hypothèses/suppositions
<p><b>But</b> Contribuer à la réduction de la mortalité des &lt;5 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de mortalité toutes causes confondues des &lt;5 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports annuels</li> <li>• Enquêtes</li> <li>• SSDS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilité politique</li> <li>• Stabilité environnementale (pas de catastrophes naturelles)</li> <li>• Stabilité sanitaire</li> </ul>
<p><b>Objectif général</b> Réduire la morbidité et la mortalité du paludisme de 50% d'ici 2015.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'incidence et taux de prévalence du paludisme</li> <li>• Taux de mortalité spécifique du paludisme</li> <li>• Couverture des interventions de contrôle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports annuels</li> <li>• Enquêtes</li> <li>• Revues des registres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité d'antipaludiques efficaces (pas de résistance) et financièrement accessibles</li> </ul>
<p><b>Objectifs spécifiques</b> 1. Accroître la demande de MILDA <u>Résultat</u> : taux de possession de MILDA dans la population aura augmenté de 50% d'ici 2015 <u>Activité</u> : Campagne de distribution des MILDA au sein de la population.</p>	<p>1.1 Nombre de MILDA distribuées gratuitement 1.2 Nombre de MILDA vendues 1.3 Nombre de MILDA par ménage 1.4 Proportion de la population ayant accès à une MILDA dans leur ménage</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquêtes auprès des formations sanitaires</li> <li>• Enquêtes auprès des ménages</li> <li>• Enquêtes auprès de fournisseurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volonté/engagement politique</li> <li>• Disponibilité de ressources financières pour les campagnes de sensibilisation et de distribution</li> <li>• Disponibilité de MILDA</li> </ul>

Le cadre identifie les performances ciblées en fonction du temps ainsi que les sources de données, les méthodes de collecte et les entités responsables de cette collecte. Le cadre de performance sert de fil conducteur au SE d'un plan stratégique.

### **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*.



**Tableau IV: extrait cadre de performance du PNLP 2021-2025**

Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence de collecte	Responsable
	Baseline	2021	2022	2023	2024	2025				
<i>Indicateurs d'impact</i>										
Taux d'incidence	21.9‰ (2019)	18‰	15‰	10‰	7‰	4,75‰	Rapport statistique PNLP/DSISS	Routine	Annuelle	PNLP DSISS
Prévalence parasitaire	0,4'‰ (2018)	0,4%			0,2%	0,2%	DESC ENP	Enquête	Annuelle 2ans	ANS D PNLP
Nombre de décès dus au paludisme	260 (2019)	110	90	80	70	65	Rapport statistique PNLP/DSISS	Routine	Annuelle	PNLP
<i>Indicateurs d'effet et de résultats</i>										
Pourcentage de ménages disposant au moins d'une MILDA pour deux personnes	56,8% (2019)	80%	85%	85%	85%	85%	EDSC ENP	Enquête	Annuelle 2ans	ANS D PNLP
Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	65,4% (2019)	70%	80%	85%	85%	85%	EDSC ENP	Enquête	Annuelle 2ans	ANS D PNLP
Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide* la nuit précédente	53,60% (2019)	70%	80%	85%	85%	85%	EDSC ENP	Enquête	Annuelle 2ans	ANS D/PNLP
Proportion de la population protégée par l'AID dans les zones ciblées	97 % (2019)	98%	98%	98%	98%	98%	Rapport AID	Routine	Annuelle	Agence d'exécution PNLP
Pourcentage d'enfants de 3mois à 10 ans ayant bénéficié de tous les passages de CPS par rapport à la cible théorique (couverture théorique)	79,95% (2019)	95%	95%	95%	95%	95%	Rapport CPS_PNLP	Routine	Annuelle	PNLP

Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence de collecte	Responsable
	Baseline	2021	2022	2023	2024	2025				
Taux de réalisation de test des cas suspects de paludisme	99,8% (2019)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention, conformément à la politique nationale, dans des établissements de santé du secteur public	99% (2019)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP Rapport Supervision	Routine	Annuelle Semestrielle	PNLP
Proportion de structures sanitaires n'ayant pas connu une rupture d'ACT supérieure à 7 j au cours des 3 derniers mois	96.% (2019)	99%	99%	99%	100%	100%	Rapport PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
Proportion de structures sanitaires n'ayant pas connu une rupture de TDR supérieure à 7 j au cours des 3 derniers mois	97,6 (2019)	99%	99%	99%	99%	99%	Rapport PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
% de structures ayant transmis les rapports (Taux de complétude)	89,6% (2019)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapports PNLP DHIS2	Routine	Annuelle	PNLP
% de structures ayant transmis les rapports à temps (Taux de promptitude)	53% (2019)	80%	85%	90%	95%	100%	Rapports PNLP DHIS2	Routine	Annuelle	PNLP
Taux de détection des épidémies au niveau des zones vertes selon les directives nationales	NA (2019)	100%	100%	100%	100%	100%	Rapports PNLP	Routine	Annuelle	PNLP

## II. CADRE INSTITUTIONNEL

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

- l'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 PNLP

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

**Tableau V: Structuration de l'unité de coordination**

	Bureaux	Fonctions
<b>COORDINATION</b>	Coordonnateur	Planification stratégique, Management (y inclus la décentralisation), administration et coordination
	Coordonnateur adjoint	
	Auditeur interne	Assistance dans l'administration du programme
	Assistante coordonnateur	
<b>BUREAUX</b>	Administration et finances	Gestion administrative et financière du programme
	Lutte anti vectorielle et recherche	Surveillance entomologique, aspersions intra domiciliaires, lutte anti larvaire, distribution de MILDA. Suivi/Révision des politiques et normes standards en matière de LAV. Coordonne les activités de recherche
	Prise en charge, formation et prévention médicamenteuse	Politique de prise en charge des cas, formation des acteurs, CPS, TPI, gestion de l'implication du secteur privé médical, paramédical et pharmaceutique
	Planification suivi-évaluation et surveillance sentinelle	Planification, suivi-évaluation des activités de lutte contre le paludisme : gestion des données, supervision, surveillance sentinelle, élabore les normes et standards et en assure leur conformité avec les orientations internationales.
	Gestion des approvisionnements et des stocks / diagnostic biologique	Gestion des approvisionnements, logistique pharmaceutique. Diagnostic biologique et laboratoires
	Communication	Communication orientée sur les interventions du programme à tous les niveaux du système
	Partenariat	Promotion du partenariat public privé, multisectorialité
	Elimination et surveillance	Gestion de l'élimination Surveillance pour l'élimination

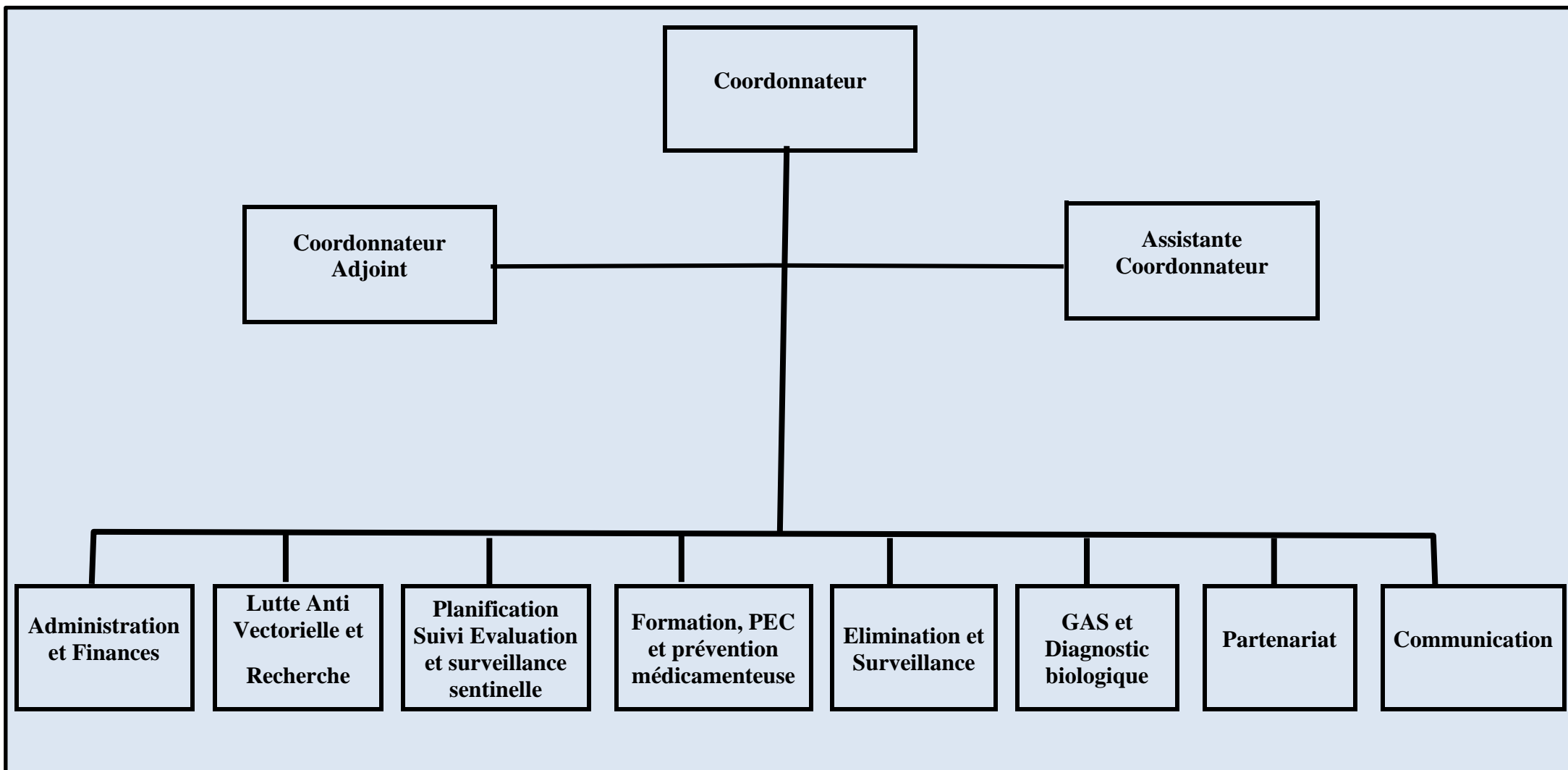


Figure 4: organigramme du PNLP



Il faut noter la création de deux nouveaux bureaux en 2021, à savoir le bureau Partenariat et le bureau Elimination et surveillance.

### 1. Rôle et mission des différents niveaux du système de santé

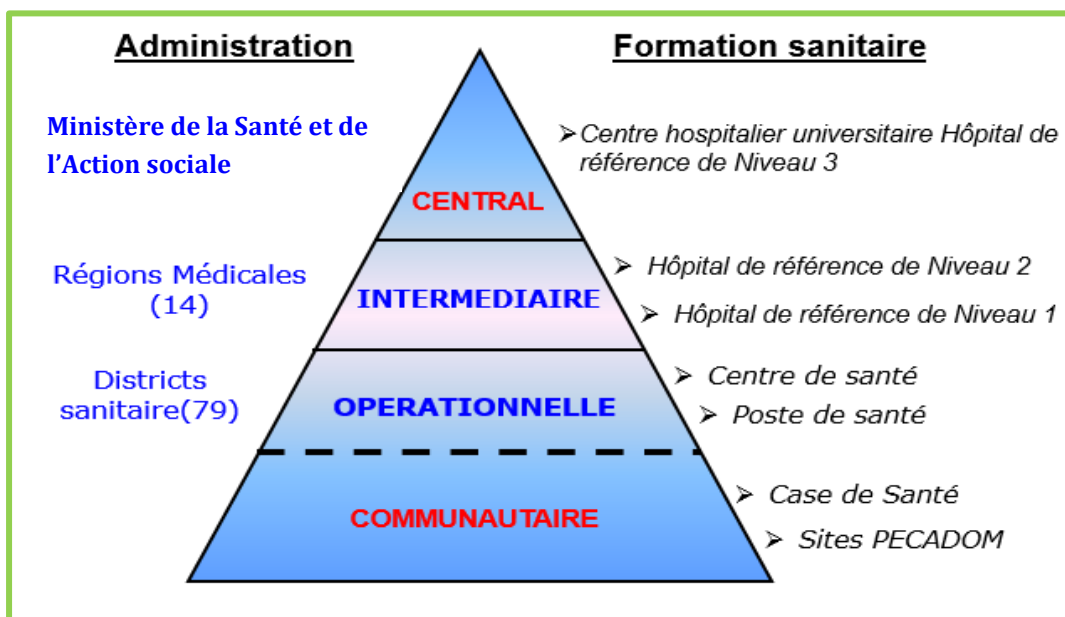


Figure 5: pyramide sanitaire

Le système sanitaire a une organisation pyramidale avec au sommet le niveau central, au milieu le niveau intermédiaire et à la base le niveau opérationnel qui supervise le niveau communautaire.

#### ***Le niveau central***

Ce niveau 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, précisément 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 PNLN 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 et leur utilisation efficiente,
- (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 stratégiques de la lutte contre le paludisme.

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

#### - **Le niveau intermédiaire**

Ce niveau est constitué par les Régions Médicales (Décret n°2020-936 du 03 avril 2020 portant organisation du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale) qui sont chargées d'appuyer la mise en œuvre de la politique de santé au niveau de la région. Les directeurs régionaux de la Santé et de l'Action sociale, assistés par une équipe cadre de région sont responsables de la planification, de la coordination et du suivi des activités de lutte contre le paludisme dans leurs régions respectives. Ils servent de courroie de transmission entre le PNLP et le niveau opérationnel (les districts). Le PNLP les appuie dans leurs activités de supervision et de coordination. Ainsi, à travers cette collaboration, le PNLP peut compter sur eux pour la promptitude et la complétude des rapports d'activités, pour une utilisation des données locales pour la prise de décision appropriée mais aussi pour veiller au bon déroulement des plans opérationnels et à leur évaluation.

#### - **Le niveau opérationnel**

C'est le premier niveau de contact entre la population et les structures de santé. C'est ici que sont exécutées toutes les activités des programmes. Ce niveau opérationnel encore appelé district, est dirigé par un médecin-chef, 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, des postes et cases de santé, des sites communautaires (sites PECADOM, cases de santé, etc.) et toute autre structure publique, parapublique ou privée produisant de l'information sanitaire situés dans la zone de responsabilité du district

### **2. Rôles et responsabilités des acteurs du suivi – évaluation.**

Plusieurs responsables sont ciblés.

#### **a. Agents chargés de la collecte des données.**

Les agents responsables des unités de soins (y compris la case de santé et les sites communautaires) sont chargés de remplir les fiches de dépouillement à partir des supports d'enregistrement des données de base (registres, fiches ou dossiers de malades). Le rapportage est facilité par la tenue régulière de tableaux de collationnement journaliers (TACOJO). Les données sont saisies dans le DHIS2 suivant la périodicité définie par le programme (hebdomadaire, mensuel, etc.). Au niveau communautaire, très souvent, les données sont compilées par les acteurs des centres/postes de santé et saisies par ces derniers dans le DHIS2.

Des expériences pilotes de digitalisation des données sanitaires aux niveaux communautaires et district sont en cours et pourraient faciliter la collecte des données.

### **b. Equipes cadre de district, points focaux et Chefs de services des soins infirmiers des Établissements Publics de Santé.**

Les membres des équipes cadre de district, les points focaux de programmes et les Chefs de services des soins infirmiers des Établissements 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 leur analyse et interprétation. Ils sont en outre chargés de collecter des données propres au district et de vérifier la qualité des données saisies dans le DHIS2. Ils participent également à la coordination des activités d'évaluation du programme. Le médecin chef de district valide les données. Au niveau des EPS, la commission médicale d'établissement est chargée de la validation des données.

### **c. Equipes cadre de région.**

Les membres des équipes cadre de région en relation avec les superviseurs nationaux sont chargés d'assister les équipes cadre de district dans le contrôle de la qualité des données en vérifiant systématiquement celles - ci. Ils sont chargés de développer une base de données régionale à partir des données des districts. Ils sont aussi chargés de faire l'analyse des données et d'organiser la riposte aux flambées ou aux situations d'urgence en cas de besoin.

Ils participent au suivi-évaluation des activités de lutte contre le paludisme. Le Médecin chef de région est chargé de valider les données des districts qu'il polarise.

Les DRSAS sont appuyées dans la coordination de la lutte contre le paludisme par les Unités Mixtes de Coordination Avancée (UMCA). Il s'agit d'un dispositif intégrant une unité de coordination et un centre d'opération des urgences sanitaires (*SHOC room*). Chaque UMCA polarise un axe regroupant plusieurs DRSAS. Sa mission principale consiste à appuyer les DRSAS dans leurs tâches et de renforcer la surveillance et la riposte pour l'élimination du paludisme.

### **d. Unité de coordination du PNLP**

Elle est chargée de superviser l'ensemble des opérations en relation avec les équipes cadre de région, équipes cadre de district et Chef de Service des Soins Infirmiers (CSSI) des hôpitaux. Elle est en outre chargée de vérifier la qualité des données saisies dans le DHIS2 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).

L'unité de coordination du PNLP produit un rapport annuel d'activités et un bulletin épidémiologique annuel qui sont transmis aux niveaux supérieur, intermédiaire, opérationnel et aux partenaires.

Le bureau suivi évaluation de l'unité de coordination est chargé de l'analyse des données de façon continue pour détecter les épidémies/flambées de cas ou situations d'urgence. Ce bureau assure la retroinformation, l'élaboration de bulletin épidémiologique annuel et la formation du personnel au suivi, à l'évaluation et à la surveillance du paludisme.

**e. Partenaires du PNLP autres que le secteur public.**

Le PNLP travaille en étroite collaboration avec les partenaires techniques et financiers. Ces derniers l'accompagnent dans tous les domaines de la lutte contre le paludisme notamment dans le financement, l'élaboration des documents, la mise en œuvre, le suivi et la recherche. Ainsi, ils doivent :

- mettre en place des procédures appropriées pour rendre disponibles les ressources,
- partager les informations issues de leurs activités à travers la mise en place d'un dispositif d'échanges,
- participer aux rencontres des comités technique et du Cadre de Concertation des Partenaires dans la Lutte contre le Paludisme (CCPLP),
- 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 et la dimension du partenaire par rapport au système de santé, les informations disponibles sont fournies au niveau opérationnel, régional ou central.

## **CHAPITRE II : SUIVI-EVALUATION**

- I. DEFINITION DES CONCEPTS DE SUIVI - EVALUATION**
- II. SUIVI**
- III. EVALUATION**
- IV. UTILISATION DE L'INFORMATION**

## I. DÉFINITION DES CONCEPTS DE SUIVI-ÉVALUATION

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 qualité de mise en œuvre, de rationalité, d'efficacité et d'efficience du programme, chacun présentant des avantages différents.

### ***Le Suivi :***

C'est le ***monitorage de routine*** des éléments clefs 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'Évaluation :***

C'est l'appréciation périodique des résultats cibles qui pourrait être attribuée 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, l'analyse, l'interprétation systématique et continue des données sanitaires pour la description et l'observation d'un événement de santé en vue de faciliter la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions des programmes de santé publique.

(*Protocole pour l'évaluation des systèmes de surveillance épidémiologique OMS février 1997*)

La stratégie requise pour le Suivi - Évaluation 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

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 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 - Évaluation du PNLP se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

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 à travers la plateforme DHIS 2 à tous les niveaux de la pyramide.

## **A. Le Suivi au niveau opérationnel**

### **a. Au niveau communautaire : Case de santé et site PECADOM**

Les acteurs impliqués au niveau communautaire sont :

- les Acteurs Communautaires de Soins (ACs) : ASC des cases, Matrones et DSDOM ;
- les Acteurs Communautaires de Prévention et de Promotion (ACPP): relais communautaires, « bajenu gox »
- les Organisations Communautaires de Base (OCB),

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 bajenu gox
- Cahier du relais
- Rapport mensuel du niveau communautaire (case, DSDOM)
- Registre de ratissages DSDOM
- Cahier de supplémentation vitamine A et de déparasitage
- Fiche de référence contre référence

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. Ces outils peuvent se présenter sous forme numérique dans le cadre de la digitalisation des données communautaires.



## **La collecte de données**

Les ACPP sont chargés 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 mobilisation sociale
- nombre de cas de fièvre orientés
- nombre de lit /couchage
- nombre de MILDA disponibles
- nombre de MILDA accrochées

Les Acs 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 grave, femmes enceintes, nourrissons de moins de deux mois, TDR négatif)
- Les données relatives à la vaccination, au déparasitage, à la supplémentation à la vitamine A, à la diarrhée et aux IRA dans le cadre de la PECADOM + seront également collectées

## **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 de façon hebdomadaire et mensuelle.

## **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 bajenu gox, Cahier du relais, etc.) 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.

## **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 élaborés. 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.

## **2. 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 peut être assisté par un personnel qualifié.

### **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
- le 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 reporting des TDR
- la fiche de notification des effets indésirables
- la fiche de synthèse mensuelle et utilisation des ACT
- la fiche de référence
- la fiche récapitulative de la situation des malades vus en consultation externe (CFR/FORM I)
- la fiche de collecte hebdomadaire des données
- 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.

### **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. Ces outils peuvent se présenter sous forme numérique dans le cadre de la digitalisation des données.

### **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. L'ICP doit aussi saisir les données mensuelles dans les formulaires paludisme du poste de santé

dans la plateforme DHIS2 avant le 15 du mois suivant. Les données hebdomadaires sont transmises au plus tard chaque lundi à 12 heures.

### **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.

### **La supervision**

- L'ICP doit superviser tous les mois les acteurs (ACs et ACPP) 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.

### **3. 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 hebdomadaire et mensuelle des rapports d'activités menées au niveau des unités de soins.

#### **Les supports de collecte**

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

- le registre de consultation générale
- le registre de consultation prénatale
- le registre d'hospitalisation
- le registre des décès
- le registre enfants malades
- le registre d'examens de laboratoire
- le fiche de collecte hebdomadaire des données
- les fiches de stock
- le dossier du malade

- 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 d'utilisation des TDR
- la fiche de synthèse mensuelle et d'utilisation des ACT
- la fiche de référence
- 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 global de zone 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.

### **La collecte de données**

Chaque chef d'unité 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.

### **La transmission des données**

Le Major du centre de santé doit transmettre le rapport au Médecin-chef. Ce rapport est ensuite soumis aux chefs d'unités pour validation au cours d'une réunion. Le rapport validé est transmis au superviseur SSP avant le 05 de chaque mois. Le rapport transmis fait l'objet d'un accusé de réception dûment rempli et signé. Le major doit aussi saisir les données mensuelles dans les formulaires paludisme du centre de santé avant le 15 du mois suivant. Les données hebdomadaires sont saisies chaque lundi au plus tard avant à 12 heures.

### **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.

### **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 trois 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.

#### **4. 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 ou le point focal est chargé de la compilation, du traitement et de l'analyse des données issues des différentes structures.

##### **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 PNLP 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 de zone du district
- le canevas de présentation des données de la revue trimestrielle
- le rapport standard des indicateurs du paludisme CS et PS (DHIS 2)
- le rapport basé sur le formulaire du paludisme : district
- le formulaire paludisme : mouvement des stock dépôt district.

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. Il appuie le MCD pour la validation des données des structures sanitaires.

##### **La transmission des données**

Les données de synthèse sont partagées lors des réunions de coordination mensuelle 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 les canevas de présentation lors des revues trimestrielles. Toutes les données présentées doivent être issues de la plateforme DHIS2.

##### **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 (disque dur externe, clé USB, etc.).

## **La supervision**

L'équipe cadre de district doit superviser les acteurs de toutes les structures sanitaires et sites PECADOM de sa zone de responsabilité. C'est une supervision qui se fera tous les trois mois. Elle doit à cet effet, disposer d'une grille de supervision qui prendra en compte entre autres les aspects de prise en charge, de surveillance, de prévention et de promotion de la lutte contre le paludisme. La vérification des données sur site doit toujours être intégrée à la grille de supervision.

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.

Après chaque supervision, l'équipe cadre de district devra faire un feed-back sur site avec des recommandations consignées dans le cahier de supervision. Elle devra aussi rédiger un rapport de supervision et le transmettre à la Région Médicale.

### **B. Le Suivi au niveau intermédiaire : la Région Médicale**

Son rôle est de faire la coordination, l'analyse des données et la rétro information aux différentes structures sanitaires de la région.

#### **1. Outils de synthèse**

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

- le canevas de présentation des données de la revue trimestrielle
- le canevas de présentation des données de la PRA
- le rapport standard des indicateurs du paludisme CS, PS et EPS (DHIS 2)
- le rapport basé sur le formulaire du paludisme : Région
- le rapport annuel de performance de la région

#### **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 saisies dans la plateforme DHIS 2 par les différents districts. 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 elles se trouvent.

#### **3. La transmission des données**

Les données de synthèse sont partagées lors des réunions de coordination trimestrielles de la région. Elles sont ensuite validées par le Médecin- chef de région et transmises au niveau central tous les trimestres.

#### **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 entre autres les aspects de prise en charge, de surveillance, de prévention et de promotion de la lutte contre le paludisme. La vérification des données sur site doit toujours être intégrée à la grille de supervision. 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. A l'issue de la supervision semestrielle, un atelier de restitution des résultats est organisé.

La Région Médicale présente les résultats de la supervision lors des revues trimestrielles des activités de lutte contre le paludisme.

#### **5. L'archivage et la sauvegarde des données**

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

#### **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 et à la Région Médicale. Le responsable de la PRA présente la situation des intrants pour le paludisme lors des revues trimestrielles au niveau régional et national.

### **C. Le Suivi au niveau central**

#### **1. La DSISS**

Les missions de la DSISS sont :

- la réalisation des études et des enquêtes statistiques;
- la collecte et l'analyse des informations sanitaires et sociales à travers la plateforme DHIS2 ;
- l'élaboration de l'annuaire des statistiques sanitaires et démographiques
- la participation à la surveillance épidémiologique
- le suivi du fonctionnement du SISS à des fins de gestion



- la centralisation et la mise à jour des outils du SISS sur l'ensemble du système de santé

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

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

## **2. 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 la DSISSS.

### **Supports de synthèse**

La plateforme DHIS2 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. Enfin, le bulletin épidémiologique annuel fait la synthèse des données de morbi-mortalité.

### **La synthèse de données**

Le PNLP doit s'assurer (tous les mois pour les données de routine et toutes les semaines pour les données hebdomadaires) 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.

### **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.

## **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 entre autres les aspects de prise en charge, de surveillance, de prévention et de promotion de la lutte contre le paludisme. La vérification des données sur site doit toujours être intégrée à la 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 cahier de supervision. Un rapport est rédigé et transmis aux autorités.

## **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).

## **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

## **3. Pharmacie Nationale 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 PNLP qui valide les commandes des districts et les transmet aux PRA pour exécution.

## **4. Partenaires**

Les partenaires peuvent appuyer le PNLP lors des supervisions conjointes au niveau des régions et districts. A travers le CCPLP, les partenaires sont impliqués dans le suivi des projets, des plans d'action issus des supervisions et des projets de recherche.

Ils doivent aussi transmettre leurs rapports d'activités complets y compris les aspects financiers au responsable de la santé de leurs zones d'intervention.

## **D. Le système d'information sanitaire**

### **1. Rappel : Les sources de données du système de suivi-évaluation du PNLP**

Le système de suivi-évaluation du PNLP s'alimente à partir de plusieurs sources de données composées de système et d'activités pouvant générer des données.

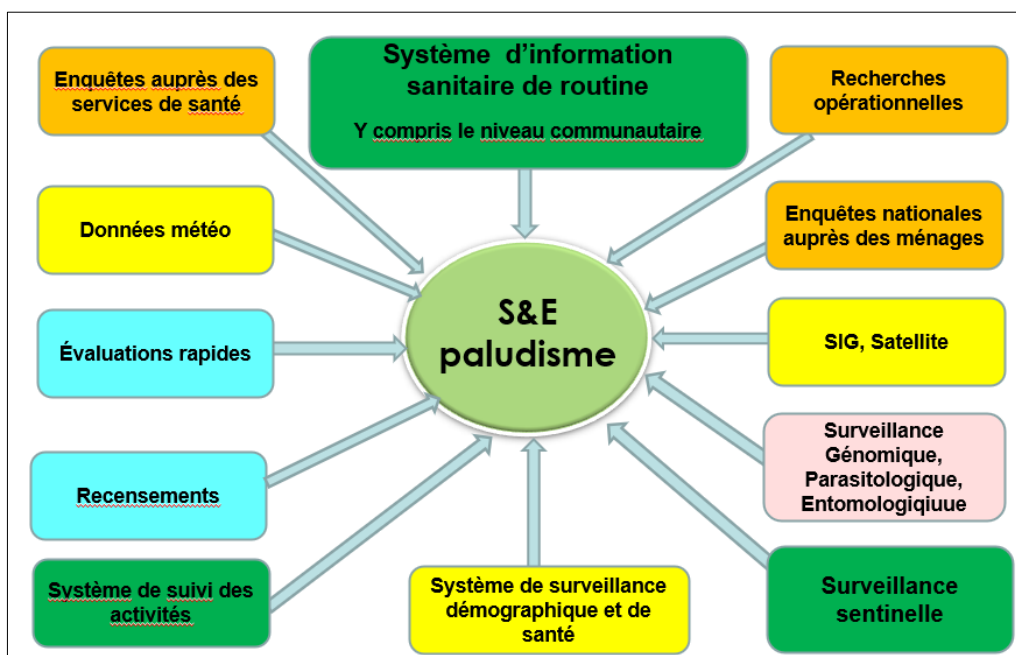


Figure 6: Les sources de données du système de suivi-évaluation du PNL

Le schéma ci-dessus résume les sources potentielles pouvant générer des données pour le suivi et l'évaluation du paludisme.

## 2. Organisation du système d'information sanitaire

Le système d'information du PNL s'appuie sur le Système d'Information Sanitaire et Sociale (SISS), piloté par la Division du Système d'Information Sanitaire et Social (DSISS), logée à la DPRS, 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 peuvent polariser des cases de santé et/ou des sites communautaires. 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 (DRSAS) 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.

Ces différents niveaux intègrent les données des établissements publics de santé, du secteur privé et des autres secteurs ministériels fournissant de l'information sanitaire et sociale.

Le manuel de Suivi - Évaluation constitue le document de référence pour le suivi des indicateurs définis. Pour mesurer régulièrement le niveau d'atteinte des objectifs fixés, le PNLP collecte des données nécessaires au calcul de ses indicateurs à travers des formulaires intégrés dans la plateforme DHIS2 gérée par la DSISSS. Ainsi, cette dernière est capable de générer les informations pertinentes pour prendre des décisions. Ce dispositif est résumé sur la figure 2.

La plateforme DHIS2 constitue l'entrepôt de données nationales pour la saisie de l'ensemble des données sanitaires issues des différentes structures sanitaires et à tous les niveaux. Il doit être renseigné par les postes de santé, les centres de santé, les districts sanitaires, les EPS et les DRSAS. Les données des structures privées et du niveau communautaire seront également saisies dans cette plateforme. Il existe un processus de validation des données de la plateforme DHIS2 par niveau permettant une stabilisation et un verrouillage des données.

### 3. Circuit de l'information

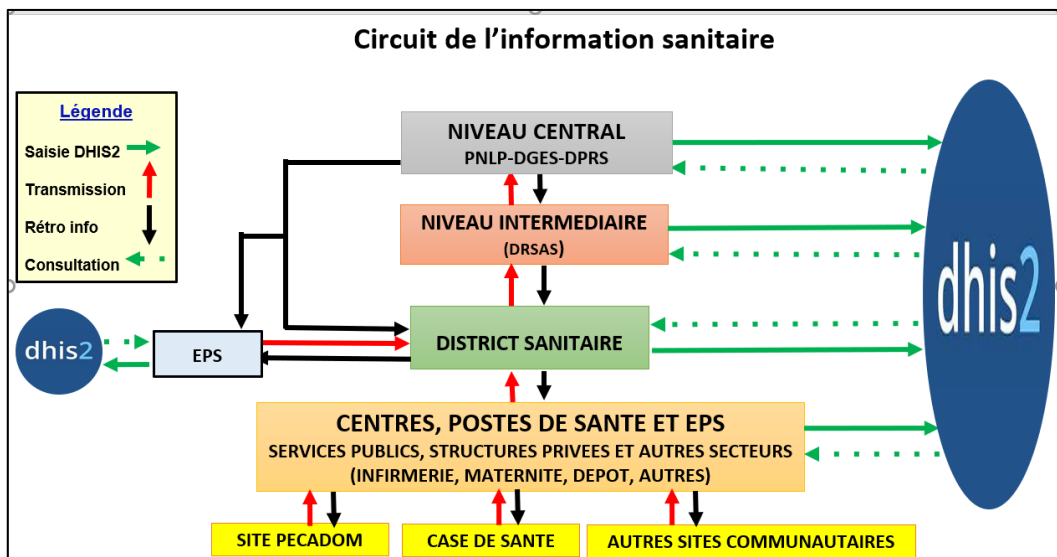


Figure 7: circuit de l'information sanitaire et sociale du MSAS

#### 4. Organisation du rapportage des données sur le paludisme

Le système de rapportage du PNLP repose sur une structuration qui prend en compte tous les échelons

**Tableau VI: Organisation par niveau du rapportage des données sur le paludisme**

Organisation du rapportage des données sur le paludisme Périodicité, Rôle et responsabilités des différents niveaux		
Niveaux	Données de routine	Données de Surveillance
<b>National</b> Services centraux	<p><b>Format/plateforme de rapportage :</b> DHIS 2  <b>Géré par :</b> PNLP et DSISSS  <b>Périodicité :</b> Trimestrielle, Mensuelle  <b>Tâches principales :</b> Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données districts, analyse des données retro information et recommandations aux niveaux opérationnel.  <b>Diffusion :</b> Avec tous les acteurs et partenaires</p>	<p><b>Format/plateforme de rapportage :</b> DHIS 2  <b>Géré par :</b> PNLP et DSISSS  <b>Périodicité :</b> Mensuelle, Hebdomadaire  <b>Tâches principales :</b> Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données des districts, analyse des données retro information et recommandations au niveau opérationnel.  <b>Diffusion :</b> Avec tous les acteurs et partenaires</p>
<b>Régional</b> Direction régionale Hôpitaux	<p><b>Format/plateforme de rapportage :</b> DHIS 2  <b>Géré par :</b> Equipes cadre de régions  <b>Périodicité :</b> Mensuelle  <b>Tâches principales :</b> Saisie, Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données districts, analyse des données retro information et recommandations aux niveaux opérationnel.  <b>Diffusion :</b> Avec tous les acteurs et partenaires</p>	<p><b>Format/plateforme de rapportage :</b> DHIS 2  <b>Géré par :</b> Equipes cadre de régions  <b>Périodicité :</b> Hebdomadaire  <b>Tâches principales :</b> Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données districts, analyse des données retro information et recommandations au niveau opérationnel.  <b>Diffusion :</b> Avec tous les acteurs et partenaires</p>
<b>District</b> District	<p><b>Format/plateforme de rapportage :</b> DHIS 2  <b>Géré par :</b> Equipes cadre de districts  <b>Périodicité :</b> Mensuelle  <b>Tâches principales :</b> Saisie, Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données des Centres de santé et des postes de santé ainsi que les informations du niveau communautaire, analyse des données prise de décision et transmission au niveau régional ; validation des données DHIS2 (Avant le 15 du mois).  <b>Diffusion :</b> Avec tous les acteurs et partenaires</p>	<p><b>Format/plateforme de rapportage :</b> DHIS 2  <b>Géré par :</b> Equipes cadre de districts  <b>Périodicité :</b> Hebdomadaire, Journalière  <b>Tâches principales :</b> Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données des Centres de santé et des postes de santé ainsi que les informations du niveau communautaire, analyse des données prise de décision (Réaction/Action) et transmission au niveau régional ; validation des données DHIS2.  <b>Diffusion :</b> Avec tous les acteurs, partenaires et communautés.</p>
Centres de santé Poste de santé (Structures publiques et privées) <b>Niveau Communautaire</b> (cases et sites PECADOM)	<p><b>Format/plateforme de rapportage :</b> DHIS 2  <b>Géré par :</b> Major / infirmière de chef de poste  <b>Périodicité :</b> Mensuelle  <b>Tâches principales :</b> Saisie, Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données du niveau communautaire, analyse des données prise de décision (Action) et saisie des données dans le DHIS2 (5 du mois).  <b>Diffusion :</b> Avec tous les acteurs et partenaires</p>	<p><b>Format/plateforme de rapportage :</b> DHIS 2  <b>Géré par :</b> Major / infirmière chef de poste  <b>Périodicité :</b> Journalière  <b>Tâches principales :</b> Saisie, Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données du niveau communautaire, analyse des données prise de décision (Réaction/Action) et saisie des données dans le DHIS2 (Journalière).  <b>Diffusion :</b> Avec tous les acteurs, partenaires et communautés.</p>

## 5. Utilisation du DHIS2 (voir manuel DHIS 2)

### a. Saisie des données

La plateforme *District Health Information System* (DHIS2) est l'entrepôt de données sanitaires du Sénégal (EDS-SN) permettant la saisie de toutes les données à travers différents formulaires dédiés aux programmes de santé.

Concernant le paludisme, les données de routine mensuelle, les données hebdomadaires et les données événementielles (campagne de masse) sont saisies dans différents formulaires. Cette saisie est faite à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

### b. Approbation et validation des données

Elle est une étape importante dans la validation des données d'un formulaire par le responsable d'une structure. Elle se fait par niveau de la pyramide sanitaire et est couplé au verrouillage des données. Elle permet au responsable d'une structure de confirmer la véracité de ses données.

Le responsable doit s'assurer que toutes les données sont correctes afin de procéder à leur validation. Après cette validation, les agents de saisie au niveau inférieur ne pourront pas modifier les données.

### c. Rapport standard

Suite au basculement intégral des données de paludisme dans la plateforme DHIS2 et pour un meilleur suivi de la qualité des données du paludisme et l'évaluation périodique des performances à tous les niveaux, le PNLP a paramétré pour le niveau district (Poste et centre de santé) et les EPS (Hôpitaux) un rapport standard trimestriel.

Le rapport standard comporte des indicateurs sur la complétude, le traitement, le diagnostic biologique, la mortalité et le suivi des intrants à tous les niveaux. Ce rapport standard comporte aussi des indicateurs de suivi de la disponibilité des intrants.

**Tableau VII: rapport standard DHIS2 (NB : indicateurs exprimés en %)**

<b>Taux de complétude des rapports sur paludisme</b>
<b>Paludisme : Rapport mensuel Centre de Santé Reporting rate</b>
<u>Numérateur</u> : Paludisme : Rapport mensuel Centre de Santé Actual reports
<u>Dénominateur</u> : Paludisme : Rapport mensuel Centre de Santé Expected reports
<b>Paludisme : Rapport mensuel Poste de Santé Reporting rate</b>
<u>Numérateur</u> : Paludisme : Rapport mensuel Poste de Santé Actual reports
<u>Dénominateur</u> : Paludisme : Rapport mensuel Poste de Santé Expected reports
<b>Quantité de MILDA distribuée aux populations par canal</b>
Quantité de MILDA distribuée aux FE en CPN
Quantité de MILDA distribuée aux enfants moins de 5 ans

Quantité de MILDA distribuée aux Autres clients de la structure
Quantité de MILDA distribuée par les OCB
<b>TPI chez la femme enceinte</b>
IND20_Pourcentage de femme enceinte ayant reçu sous TDO le TPI 3 lors de leurs visites CPN conformément à la politique nationale
<u>Numérateur</u> : R20_DSME_Femmes enceintes ayant reçu TPI 3
<u>Dénominateur</u> : R20_DSME_Premier contact
<b>Hospitalisation</b>
IND20_Pourcentage de cas de paludisme hospitalisés qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale
<u>Numérateur</u> : Cas de paludisme hospitalisé ayant reçu un traitement antipaludique approprié conformément à la politique nationale
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas palu hospitalisés sur la période
<b>Traitement chez les moins de 5 ans.</b>
<b>Au niveau Formations sanitaires et communautaire</b>
IND20_Pourcentage de cas de paludisme vus en consultation externe qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale (formations sanitaires et communautaires) (chez les Moins de 5 ans)
<u>Numérateur</u> : Total de cas paludisme vus en consultation enregistré sur la période qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale aux niveaux des formations sanitaire et communautaire (chez les Moins de 5 ans)
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas paludisme vus en consultation externe enregistrés aux niveaux des (formations sanitaires et communautaires (cases et sites PECADOM)) (chez les Moins de 5 ans)
<b>Au niveau des formations sanitaires</b>
IND20_Pourcentage de cas de paludisme vus en consultation externe qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale au niveau des formations sanitaires (chez les Moins de 5 ans)
<u>Numérateur</u> : Nombre total de cas paludisme vus en consultation enregistré sur la période qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale aux niveaux des formations sanitaires (chez les Moins de 5 ans)
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas paludisme vus en consultation externe enregistrés sur la période aux niveaux des formations sanitaires (chez les Moins de 5 ans)
<b>Au niveau communautaire</b>
IND20_Pourcentage de cas de paludisme vus en consultation externe qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale au niveau communautaire (cases et sites PECADOM) (chez les Moins de 5 ans)
<u>Numérateur</u> : Total de cas paludisme vus en consultation enregistrés sur la période qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale au niveau communautaire (cases et sites PECADOM) (chez les Moins de 5 ans)
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas paludisme vus en consultation externe enregistré sur la période au niveau communautaire (cases et sites PECADOM) (chez les Moins de 5 ans)
<b>Traitement chez les Plus de 5 ans (Excluant les femmes enceintes).</b>
<b>Au niveau Formations sanitaires et communautaires</b>
IND20_Pourcentage de cas de paludisme vus en consultation externe qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale (formations sanitaires et communautaires) >= 5 ans
<u>Numérateur</u> : Nombre total de cas paludisme vus en consultation enregistré sur la période qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale aux niveaux des formations sanitaires et communautaire >=5 ans
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas paludisme vus en consultation externe enregistrés aux niveaux des formations sanitaires et communautaires >=5 ans
<b>Au niveau des formations sanitaires</b>



IND20_Pourcentage de cas de paludisme vus en consultation externe qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale au niveau des formations sanitaires >=5 ans
<u>Numérateur</u> : Nombre total de cas paludisme vus en consultation enregistrés sur la période qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale au niveau des formations sanitaires >=5 ans
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas paludisme vus en consultation externe enregistrés sur la période au niveau des formations sanitaires >=5 ans
<b>Au niveau communautaire</b>
IND20_Pourcentage de cas de paludisme vus en consultation externe qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale au niveau communautaire >= 5 ans
<u>Numérateur</u> : Nombre total de cas paludisme vus en consultation enregistrés sur la période qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale au niveau communautaire >=5 ans
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas paludisme vus en consultation externe enregistré sur la période au niveau communautaire >=5 ans
<b>Traitement chez les femmes enceintes.</b>
IND20_Pourcentage de cas de paludisme vus en consultation externe qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale femmes enceintes
<u>Numérateur</u> : Nombre total de cas paludisme vus en consultation enregistrés sur la période qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale au niveau des formations sanitaires FE
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas paludisme vus en consultation externe enregistrés sur la période au niveau des formations sanitaires FE
<b>Test Parasitologie chez les moins de 5 ans</b>
<b>Au niveau Formations sanitaires et communautaires</b>
IND20_Pourcentage de tous les cas de paludisme suspects qui ont reçu un test parasitologique au niveau des formations sanitaires et communautaire 0-4 ans
<u>Numérateur</u> : Nombre total de cas Suspects vus sur la période ayant reçu un TDR ou une GE au niveau des formations sanitaires et communautaire 0-4 ans
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas Suspects vus sur la période au niveau des formations sanitaires et communautaire 0-4 ans
<b>Test Parasitologie chez les moins de 5 ans</b>
<b>Au niveau des formations sanitaires</b>
IND20_Pourcentage de tous les cas de paludisme suspects qui ont reçu un test parasitologique. Au niveau des formations sanitaires (0-4ans)
<u>Numérateur</u> : Nombre total de cas Suspects vus sur la période ayant reçu un TDR ou une GE au niveau des formations sanitaires 0-4 ans
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas Suspects vus sur la période au niveau des Formations sanitaires 0-4 ans
<b>Au niveau communautaires</b>
IND20_Pourcentage de tous les cas de paludisme suspects qui ont reçu un test parasitologique. Au niveau communautaire (0-4 ans)
<u>Numérateur</u> : Nombre total de cas Suspects vus sur la période ayant reçu un TDR (communautaire cases et sites PECADOM) 0-4 ans
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas Suspects vus sur la période (communautaire cases et sites PECADOM) 0-4 ans
<b>Test Parasitologique chez les Plus de 5 ans (Excluant les femmes enceintes).</b>
<b>Au niveau Formations sanitaires et communautaires</b>
IND20_Pourcentage de tous les cas de paludisme suspects qui ont reçu un test parasitologique au niveau des formations sanitaires et communautaire >=5 ans
<u>Numérateur</u> : Nombre total de cas Suspects vus sur la période ayant reçu un TDR ou une GE au niveau des formations sanitaires et communautaire >=5 ans

<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas Suspects vus sur la période au niveau des formations sanitaires et communautaire >=5 ans
<b>Au niveau des formations sanitaires</b>
IND20_Pourcentage de tous les cas de paludisme suspects qui ont reçu un test parasitologique au niveau des formations sanitaires >=5 ans
<u>Numérateur</u> : Nombre total de cas Suspects vus sur la période ayant reçu un TDR ou une GE au niveau des formations sanitaires >=5 ans
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas Suspects vus sur la période au niveau des formations sanitaires >=5 ans
<b>Au niveau communautaire</b>
IND20_Pourcentage de tous les cas de paludisme suspects qui ont reçu un test parasitologique niveau communautaire >=5 ans
<u>Numérateur</u> : Nombre total de cas Suspects vus sur la période ayant reçu un TDR communautaire >=5 ans
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas Suspects vus sur la période ayant reçu un TDR >=5 ans
<b>Test Parasitologique chez les femmes enceintes</b>
IND20_Pourcentage de tous les cas de paludisme suspects qui ont reçu un test parasitologique au niveau des formations sanitaires chez les femmes enceintes
<u>Numérateur</u> : Nombre total de cas Suspects vus sur la période ayant reçu un TDR ou une GE chez les femmes enceintes
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas Suspects vus sur la période au niveau des formations sanitaires Femme Enceinte
<b>PECADOM</b>
<b>Supervision des sites</b>
IND20_Pourcentage de DSDOM ayant reçu une visite de supervision durant la période de reporting
<u>Numérateur</u> : Nombre total de DSDOM fonctionnels sur la période qui a reçu une visite de supervision durant la période
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de DSDOM fonctionnels sur la période
<b>Traitement</b>
IND20_Pourcentage de cas de paludisme confirmés qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la Politique nationale à travers la PECADOM
<u>Numérateur</u> : Nombre total de cas paludisme simple confirmés enregistrés sur la période par les DSDOM qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale à travers la PECADOM
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de cas paludisme simple confirmés enregistrés sur la période par les DSDOM
<b>Gestion des stocks: ACT – TDR</b>
<b>Au niveau des formations sanitaires</b>
<b>ACT</b>
IND20_Pourcentage des PS et CS de santé n'ayant signalé aucune rupture de stock des ACT
<u>Numérateur</u> : Nombre total de formations sanitaires fonctionnelles sur la période n'ayant signalé aucune rupture de stock des ACT
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de formations sanitaires fonctionnelles sur la période
<b>TDR</b>
IND20_Pourcentage des PS ou CS de santé n'ayant signalé aucune rupture de stock de TDR
<u>Numérateur</u> : Nombre total de formations sanitaires fonctionnelles sur la période n'ayant signalé aucune rupture de stock de TDR
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de formations sanitaires fonctionnelles sur la période
<b>Au niveau Communautaire</b>
<b>ACT</b>
IND20_Pourcentage de sites communautaires (Cases + DSDOM) n'ayant signalé aucune rupture de stock des ACT
<u>Numérateur</u> : Nombre total de sites communautaires fonctionnels sur la période n'ayant signalé aucune rupture de stock des ACT
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de sites communautaires (cases + DSDOM) fonctionnels sur la période

<b>TDR</b>
IND20_Pourcentage de sites communautaires (Cases + DSDOM) n'ayant signalé aucune rupture de stock de TDR Cases + DSDOM
<u>Numérateur</u> : Nombre total de sites communautaires fonctionnels sur la période n'ayant signalé aucune rupture de stock de TDR
<u>Dénominateur</u> : Nombre total de sites communautaires (cases + DSDOM) fonctionnels sur la période
<b>Cumul : formations sanitaires et communautaires</b>
IND20_Taux de dispensation des ACT (A) / (B)
IND20_TOTAL Traitements ACT dispensés (A)
IND20_Nombre total de cas paludisme vus en consultation externe enregistrés aux niveaux des (formations sanitaires et communautaires (cases et sites PECADOM)) (B)
<b>MORBIDITE</b>
<b>Cumul des cas : formations sanitaires et communautaires</b>
IND20_Nombre total de cas paludisme vus en consultation externe enregistrés aux niveaux des (formations sanitaires et communautaires (cases et sites PECADOM))
Nombre total de cas paludisme vus en consultation externe enregistrés aux niveaux des (formations sanitaires et communautaires (cases et sites PECADOM)) (chez les Moins de 5 ans)
Nombre total de cas paludisme vus en consultation externe enregistrés aux niveaux des formations sanitaires et communautaires $\geq 5$ ans
Nombre total de cas paludisme vus en consultation externe enregistrés sur la période au niveau des formations sanitaires chez les femmes enceintes
<b>MORTALITE</b>
<b>Mortalité Tout âge</b>
IND20_Taux de Mortalité Palustre Tout âge
<u>Numérateur</u> : Total DECES liés au paludisme Tout âge
<u>Dénominateur</u> : Total DECES Toutes causes confondues Tout âge
<b>Mortalité chez les moins de 5 ans.</b>
IND20_Taux de Mortalité chez les moins de 5 ans
<u>Numérateur</u> : Total DECES liés au paludisme (chez les Moins de 5 ans)
<u>Dénominateur</u> : Total DECES Toutes causes confondues (chez les Moins de 5 ans)
<b>Mortalité chez les Plus de 5 ans (Excluant les femmes enceintes).</b>
IND20_Taux de Mortalité chez les Plus de 5 ans (Excluant les femmes enceintes)
<u>Numérateur</u> : Total DECES liés au paludisme chez les Plus de 5 ans (Excluant les femmes enceintes)
<u>Dénominateur</u> : Total DECES Toutes causes confondues chez les Plus de 5 ans (Excluant les femmes enceintes)
<b>Mortalité chez les femmes enceintes.</b>
IND20_Taux de Mortalité chez les femmes enceintes
<u>Numérateur</u> : Total DECES liés au paludisme chez les femmes enceintes
<u>Dénominateur</u> : Total DECES Toutes causes confondues chez les femmes enceintes

### **E. Contrôle de la qualité des données par la vérification des données 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 pour toutes les structures sanitaires ciblées par échantillonnage (postes de santé, centres de santé et 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 sont les suivantes :

- au niveau de chaque structure ciblée, la vérification porte sur une période et des indicateurs préalablement choisis,
- les données permettant de calculer les indicateurs retenus sont collectées à partir des registres et confrontés aux données dans le rapport global de zone et dans la plateforme DHIS2,
- 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,

A côté de la vérification des données, le PNLP a mis en place un système de points focaux régionaux, ces derniers jouent un rôle important dans le suivi des districts et Région Médicale. Ils signalent toutes les incohérences et aberrations relevées dans le DHIS2 et assistent les DS et RM dans la correction de celles-ci

### **III. L'ÉVALUATION**

#### **A. Considérations Générales**

##### **1. Définitions de l'évaluation**

L'évaluation consiste à la collecte périodique d'informations sur la pertinence, l'efficacité, l'impact et la pérennisation d'un programme par rapport aux objectifs fixés. Elle intervient seulement après un certain délai de mise en œuvre du programme et demande des investigations plus approfondies.

##### **2. Sur quoi porte l'évaluation ?**

Les aspects pouvant faire l'objet d'une évaluation dans le cadre du PNLP 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.

##### **3. 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 PNLP
- 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.***

#### **4. 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 PNLP
- les comités de développement sanitaire
- les collectivités territoriales, etc.

#### **5. Types d'évaluation**

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

##### **a. 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.***

##### **b. Evaluation Externe**

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

##### **c. 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.

#### **B. Modalités de mise en œuvre**

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

## **1. 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. 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.

### **b. Elaboration du protocole et des outils de collecte**

Un draft de protocole d'évaluation interne et les outils de collecte doivent être élaborés 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 :

- contexte et justifications
- objectifs
- méthodologie
- plan d'analyse
- outils de collecte
- budget

Le draft du protocole et les outils de collecte élaborés doivent toujours être validés par un groupe plus élargi. Ce protocole peut être également soumis au bureau Lutte Anti Vectorielle et recherche du PNLN pour validation.

### **c. Phase de collecte des données**

Pour la collecte des données primaires, il faudra réaliser les tâches suivantes :

- Sélectionner les enquêteurs,
- former les enquêteurs,
- constituer les équipes de collecte,
- imprimer les outils d'enquête en quantité suffisante,
- transporter les équipes dans les sites,
- superviser l'activité de collecte.

Concernant la collecte des données secondaires, il faudra :

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

#### **d. Étapes de saisie, d'analyse et d'interprétation des données**

- élaborer une maquette de saisie avec un logiciel approprié,
- saisir les données à partir d'un support électronique,
- nettoyer la base de données,
- exploiter les données selon le plan d'analyse et les représenter de façon synthétique au moyen de tableaux, de graphiques, etc.
- 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.

#### **e. Rédaction du rapport**

Le rapport est le format de partage des résultats de l'évaluation, il suit les étapes suivantes :

- définition d'un plan ou canevas de rédaction ;
- élaboration d'un draft du rapport.

#### **f. Validation du rapport**

Le processus de validation du rapport de l'évaluation interne devra suivre les étapes suivantes:

- organisation d'une séance de validation (ECD, ECR, PNLP et partenaires)
- intégration des inputs et finalisation du rapport

#### **g. Diffusion du rapport (supports et canaux)**

Cette étape doit se faire avec l'ensemble des acteurs. Elle comporte les éléments suivants :

- identification des canaux potentiels de diffusion, tels que les sites web (MSAS, PNLP, partenaires, etc.), les rencontres au niveau international, national et local, les journaux scientifiques, le journal Palu Infos, etc.
- préparation des formats adaptés à chaque canal (article scientifique, présentation PowerPoint, rapport d'évaluation, etc.)

## **2. L'évaluation externe**

Tout comme l'évaluation interne, le processus d'évaluation externe se fait suivant les étapes ci-après. 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.

#### **a. Planification**

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

#### **b. Elaboration des termes de référence du consultant**

Il s'agit de :



- **Elaborer le cahier de charges**

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

- **Valider le cahier de charges en équipe**

L'équipe de validation sera constituée des membres du PNLP et des partenaires.

**c. Sélection du consultant**

La sélection du consultant suit les étapes suivantes :

- retenir le mode de sélection (liste restreinte, appel d'offres)
- mettre en place une commission de sélection et procéder au dépouillement des offres
- retenir un consultant
- réunion de débriefing avec le consultant pour une même compréhension de la mission et signature du contrat
- mise à disposition des ressources

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

**d. 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.

**e. Restitution des résultats provisoires**

- Organiser une séance de restitution (ECD, ECR, PNLP et partenaires)
- Prendre en compte les *inputs*.
- Formuler des recommandations.

**f. Production et diffusion du rapport final**

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

### **3. 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 :

### **a. Revue interne ou revue documentaire**

Pour cette approche les tâches suivantes sont réalisées :

#### **- 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.

#### **- Séance d'exploitation des documents et remplissage du « score sheet »**

#### **- Elaboration du rapport de revue interne**

### **b. Revue externe**

Elle se fait conformément aux étapes ci-dessous :

- 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.
- identification et constitution des équipes
- choix des sites à visiter
- multiplication des outils de collecte
- collecte des informations sur le terrain ;
- élaboration 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 élabore 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 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 œuvre d'une revue des performances repose sur une organisation et une coordination pouvant garantir une bonne réalisation. Pour cela il faut au préalable :

### **i. Désigner le coordonnateur de l'activité**

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

### **ii. Recruter un consultant**

Un consultant doit être recruté lors de la revue des performances.

#### **Elaboration des termes de référence du consultant**

- élaborer le cahier de charges : Ce cahier de charges doit mentionner les objectifs de la mission, sa durée, son étendue, le profil du consultant souhaité etc.
- valider le cahier de charges en équipe

#### **Sélection du consultant**

- retenir le mode de sélection (liste restreinte ; appel d'offres)
- mettre en place une commission de sélection et procéder au dépouillement des offres
- retenir un consultant
- réunion de débriefing avec le consultant pour une même compréhension de la mission et signature du contrat
- mise à disposition des ressources : les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre sont mises à la disposition du consultant selon les modalités définies dans le contrat

### **iii. Suivre 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.

## **IV. UTILISATION DE L'INFORMATION**

L'utilisation des données du paludisme issues des différentes sources de collecte doit être systématique à tous les niveaux pour une meilleure prise de décision afin de :

- concevoir de nouvelles activités et la révision ou l'abandon de celles existantes, sur la base de l'évaluation de l'information du suivi ;
- organiser des discussions rétroactives avec les participants intéressés par les résultats du suivi ;
- utiliser les résultats dans le cadre de l'apprentissage institutionnel pour renforcer les expériences ;
- faire le suivi des interventions

L'information est utilisée également 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'optimisation de l'utilisation des données au niveau opérationnel nécessite un renforcement des capacités des acteurs.

## **CHAPITRE III : LES AUTRES ASPECTS DU SUIVI**

**LA SURVEILLANCE SENTINELLE**

**LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE**

**LES ENQUETES**

## **I. LA SURVEILLANCE SENTINELLE**

### **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.

### **2. Avantages de la surveillance sentinelle**

Elle permet :

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

### **3. 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.

### **4. 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 :

#### **a. La surveillance épidémiologique**

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

#### **b. La surveillance parasitologique**

Elle consiste à collecter les informations sur la prévalence parasitaire et les espèces plasmodiales en circulation dans le pays. Pour ce faire, des microscopes et des consommables de laboratoire (lames, colorant, vaccinostyles) 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.

#### **c. La surveillance génomique :**

Cette surveillance est menée en collaboration avec le laboratoire de parasitologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

La collecte et l'analyse des données génétiques permettent de mieux cerner la diversité génétique de *Plasmodium falciparum*. La surveillance génomique aide à mieux comprendre la transmission et aussi à mieux évaluer les stratégies de lutte contre le paludisme.

Cette surveillance combinée avec le suivi de l'efficacité des antipaludiques utilisés dans le traitement du paludisme simple a été étudiée dans quatre localités différentes.

#### **d. La surveillance entomologique**

La surveillance des vecteurs comprend diverses activités d'identification et de suivi de la dynamique des populations des vecteurs. Ces activités sont effectuées à un rythme variable selon les objectifs visés et les ressources disponibles. Le but de la surveillance est d'identifier les facteurs déterminants et de suivre les variations temporelles et spatiales de la composition, des comportements, de la densité, de l'âge moyen et de l'infection des populations de vecteurs ainsi que leur sensibilité par rapport aux insecticides utilisés en santé publiques. Ce suivi est fait par la prospection de leurs gîtes larvaires et l'échantillonnage de leurs populations d'adultes au niveau de sites sentinelles.

L'objectif est de fournir les informations de base pour la sélection des mesures, des outils et de méthodes de lutte anti vectorielle.

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 pyrèthrine : **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 ;
- v.** Sur la durabilité des MILDA.



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.

#### **e. 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.

#### **f. 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.

- **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.
- **les données de la surveillance parasitologique** sont collectées par les microscopistes des sites, validées par l'ICP 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 PNLP est faite avec une périodicité mensuelle (le 05 de chaque mois). Conformément au manuel de procédures de contrôle qualité du diagnostic biologique du PNLP, 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 PNLP 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.

## **II. LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE**

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 de facteurs agissant sur l'efficacité des mesures de lutte contre le paludisme
- de réajustement des protocoles de prise en charge. 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 sur l'initiative du PNLP 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 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
  - Hypothèses
  - Objectifs et résultats attendus de la recherche

- Méthodologie
- Budget

**c. Soumission au comité d'éthique**

**d. Recherche de financement**

**e. Mise en œuvre**

**f. Elaboration du rapport et diffusion des résultats**

### **III. LES ENQUETES**

Il s'agit des enquêtes menées tant au plan national qu'au plan local et qui peuvent fournir des indicateurs de processus et d'impact utiles dans la compréhension des phénomènes en cours. Ces enquêtes permettent d'une part de renforcer et de réadapter les interventions en cours et d'autre part de passer à l'échelle pour certaines d'entre elles.

#### **1. Enquêtes démographiques et de santé continue**

L'Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) est exécutée par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) en collaboration avec le Ministère de la Santé et l'Action sociale (MSAS) avec l'appui des partenaires techniques et financiers.

Les données de l'EDS-Continue contribuent au suivi des objectifs du PSE, du PNDSS et des programmes spécifiques comme le paludisme entre autres. Ces enquêtes sont réalisées chaque année. Les principaux indicateurs collectés dans le cadre du paludisme sont en rapport avec la prévalence parasitaire et l'utilisation des MILDA.

#### **2. L'Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de santé (ECPSS)**

L'Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de santé (ECPSS) est la deuxième phase après le projet pilote des enquêtes continues au Sénégal. L'ECPSS est une enquête des structures de santé, conçue pour obtenir des informations sur le fonctionnement et la qualité des prestations au sein des structures de santé offrant des services sur le paludisme et autres programmes de santé.

Elle est réalisée tous les ans et permet d'évaluer la disponibilité et la capacité à fournir des services de prise en charge du paludisme en se basant sur :

- la disponibilité des services de prise en charge du paludisme ;
- la disponibilité de directives et de personnel formé ;
- le diagnostic du paludisme et
- la disponibilité des médicaments antipaludiques.

### **3. Enquête nationale sur les indicateurs du paludisme**

L'enquête ENPS a pour objectif de mesurer la situation des indicateurs d'accessibilité et d'utilisation des moyens préventifs et curatifs définis dans le cadre des directives du PNLP. Elle entre dans le cadre de l'évaluation périodique du niveau de réalisation des objectifs et des résultats attendus à partir de données du terrain afin d'adapter continuellement les décisions aux réalités du terrain.

Cette enquête permet de faire la situation des indicateurs de couverture et d'utilisation des différentes interventions de lutte contre le paludisme, en particulier, la couverture et l'utilisation ou exposition des moyens préventifs (MI, TPI chez la femme enceinte, AID et CPS dans les zones ciblées).

Il s'agira des enquêtes externes avec une périodicité annuelle permettant de mieux réadapter les interventions.

### **4. Enquêtes d'impact sur certaines interventions : CPS, AID, MDA Plan d'accélération**

Ces enquêtes permettent d'apprécier l'efficacité d'interventions mises en œuvre dans des zones cibles dans le cadre de la recherche, des enquêtes de satisfaction. Ces enquêtes peuvent couvrir la chimio-prévention du paludisme saisonnier, les aspersion intra domiciliaires, la MDA et l'impact des plans d'accélération, etc.

### **5. Evaluation économique**

Dans le contexte d'apparition et de résurgence de maladies, associé à la rareté des ressources, la mobilisation des ressources domestiques doit être un axe prioritaire du programme. Ainsi une évaluation des capacités économiques pour la mise en œuvre et la soutenabilité des interventions doit être intégrées dans le suivi et évaluation du PNLP. Dans cette perspective plusieurs structures et partenaires s'activant dans la problématique de l'évaluation économique des interventions sanitaires pourraient appuyer le PNLP.

## **ANNEXES**

**TABLEAUX DES PRINCIPAUX INDICATEURS**

**FICHES DE COLLECTE DES DONNEES DE ROUTINE AU  
NIVEAU DES STRUCTURES SANITAIRES**

**OUTILS PECADOM**

**CHRONOGRAMME DE SAISIE ET DE VALIDATION DES  
DONNEES**

## **ANNEXE 1 : TABLEAUX DES PRINCIPAUX INDICATEURS**

### **INDICATEURS D'IMPACT**

<b>Indicateurs</b>	<b>Définition</b>	<b>Sources</b>	<b>Fréquence</b>
<b>But :</b> contribuer à la réduction des endémies majeures au Sénégal			
<b>Morbidité proportionnelle palustre (tous âges)</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de cas de paludisme simple/grave enregistrés par an dans les formations sanitaires.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de malades vus en consultations externes dans les formations sanitaires</p>	Rapport annuel Statistiques PNL. DSISS	Annuelle
<b>Morbidité proportionnelle palustre (moins de 5 ans)</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de cas de paludisme simple ou grave chez les enfants de moins de 5 ans enregistrés par an dans les formations sanitaires.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total d'enfants de moins de 5 ans vus en consultations externes dans les formations sanitaires</p>	Rapport annuel Statistiques PNL. DSISS	Annuelle
<b>Cas hospitalisés pour paludisme pour 10 000 habitants (tous âges)</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de cas de paludisme parmi les personnes hospitalisées par an. (Selon la directive nationale seuls les cas de paludisme grave sont hospitalisés) x 10 000</p> <p><b>Dénominateur :</b> Population totale.</p>	Rapport annuel Statistiques PNL. DSISS	Annuelle
<b>Incidence paludisme simple dans la tranche 0-120 mois (dans les zones CPS)</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de cas de paludisme simple parmi les enfants de 0 à 120 mois par an x 1000 (dans les zones CPS)</p> <p><b>Dénominateur :</b> Population âgée de 0 à 120 mois (dans les zones CPS)</p>	Rapport annuel Statistiques PNL. DSISS	Annuelle
<b>Incidence paludisme grave dans la tranche 0-120 mois (dans les zones CPS)</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de cas de paludisme grave parmi les enfants de 0 mois à 120 mois par an x 1000 (dans les zones CPS)</p> <p><b>Dénominateur :</b> Population âgée de 0 à 120 mois (dans les zones CPS)</p>	Rapport annuel Statistiques PNL. DSISS	Annuelle
<b>Taux d'incidence du paludisme</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de cas de paludisme confirmés (microscopie ou TDR) par an x 1000.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Population totale.</p>	Rapport annuel Statistiques PNL. DSISS	Annuelle

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>But :</b> contribuer à la réduction des endémies majeures au Sénégal			
<b>Morbidité proportionnelle palustre chez la femme enceinte</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de cas de paludisme chez les femmes enceintes enregistrés par an dans les formations sanitaires. <b>Dénominateur :</b> Nombre total de femmes enceintes malades vues en consultations externes dans les formations sanitaires	Rapport annuel Statistiques PNL. DSISS	Annuelle
<b>Mortalité palustre proportionnelle (tous âges)</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de décès liés au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires. <b>Dénominateur :</b> Nombre total de décès toutes causes confondues (tous âges) enregistrés dans les formations sanitaires	Rapport annuel Statistiques PNL. DSISS	Annuelle
<b>Mortalité palustre proportionnelle (moins de 5 ans)</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans liés au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires <b>Dénominateur :</b> Nombre total de décès d'enfants de moins de 5 ans toutes causes confondues enregistrés dans les formations sanitaires.	Rapport annuel Statistiques PNL. DSISS	Annuelle
<b>Mortalité palustre dans la tranche 0-120 mois (dans les zones CPS)</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de décès d'enfants de moins de 0 à 120 mois liés au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires <b>Dénominateur :</b> Nombre total de décès d'enfants de moins de 0 mois à 120 mois toutes causes confondues enregistrés dans les formations sanitaires (dans les zones CPS)	Rapport annuel Statistiques PNL. DSISS	Annuelle
<b>Mortalité proportionnelle palustre chez les femmes enceintes</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de décès de femmes enceintes liés au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires <b>Dénominateur :</b> Nombre total de décès de femmes enceintes toutes causes confondues enregistrés dans les formations sanitaires	Rapport annuel Statistiques PNL. DSISS	Annuelle



Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>But :</b> contribuer à la réduction des endémies majeures au Sénégal			
<b>Taux de létalité (moins de 5 ans)</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour paludisme dans les formations sanitaires. <b>Dénominateur :</b> Nombre total d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour paludisme dans les formations sanitaires.	Rapport annuel Statistiques PNL. DSISS	Annuelle
<b>Taux de létalité (tous âges)</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de décès de malades hospitalisés (tous âges) liés au paludisme. <b>Dénominateur :</b> Nombre total de malades hospitalisés pour paludisme enregistrés dans les formations sanitaires.	Rapport annuel Statistiques PNL. DSISS	Annuelle
<b>Prévalence parasitaire chez les 6-59 mois.</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre d'enfants de 6-59 mois testés positifs par microscopie. <b>Dénominateur :</b> Nombre total d'enfants de 6-59 mois testés par microscopie.	Rapport d'évaluation des partenaires : MICS, EDS.	Tous les 2 ans.
<b>Test de positivité des tests parasitologiques</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre total tests parasitologique (TDR et Microscopie) positif <b>Dénominateur :</b> Nombre total de tests parasitologique (TDR et Microscopie) réalisé	Rapports Statistiques PNL. DHIS2	Mensuel, Trimestriel Annuelle

## INDICATEURS DE RESULTATS

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Nombre et pourcentage de structures sanitaires (postes de santé et centres de santé) ne signalant aucune rupture d'ACT pendant une semaine au cours des trois derniers mois</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de structures sanitaires (postes et centre) sans rupture du médicament recommande par la politique nationale pendant une semaine continue et au cours des 3 derniers mois</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total des formations sanitaires (postes et centre) visitées</p> <p><b>Note :</b> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>	Rapports de supervision des formations sanitaires DSISSS	Mensuelle  Annuelle
<b>Nombre et pourcentage de cases de santé sans rupture continue du médicament recommandé par la politique nationale pendant une semaine au cours des trois derniers mois</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de cases de santé sans rupture du médicament recommandé par la politique nationale pendant une semaine continue et au cours des trois derniers mois</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total des cases de santé visitées</p>	Rapports de supervision des formations sanitaires DSISSS	Mensuelle  Annuelle
<b>Pourcentage de structures sanitaires sans rupture continue de TDR pendant une semaine au cours des trois derniers mois dans leur stock médicaments</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de structures sanitaires (postes et centres) sans rupture de TDR pendant une semaine continue et au cours des trois derniers mois</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total des formations sanitaires (postes et centres) visitées</p>	Rapports de supervision des formations sanitaires DSISSS	Mensuelle  Annuelle
<b>Pourcentage de cas de paludisme vus en consultation externe qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale dans les formations sanitaires.</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de patients atteints de paludisme simple qui ont bénéficié d'une prescription correcte d'ACT conformément aux directives nationales.</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de patient atteints de paludisme simple.</p> <p><b>Note :</b> Il est recommandé de faire l'analyse par région et par district.</p>	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSISSS	Trimestrielle  Annuelle

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Pourcentage de cas de paludisme vus en consultation externe qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale aux niveaux des formations sanitaires et communautaire.</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre total de cas de paludisme vus en consultation enregistrés sur la période qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale au niveau des formations sanitaires et communautaires (cases et PECADOM). <b>Dénominateur :</b> Nombre total de cas paludisme vus en consultation externe enregistrés sur la période au niveau des formations sanitaires et communautaires (cases et PECADOM)	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSISS	Trimestrielle  Annuelle
<b>Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple et pris en charge correctement dans les formations sanitaires</b>	<b>Nombre total</b> <i>Note :</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSISS	Mensuelle  Annuelle
<b>Pourcentage d'enfants de 3 à 11 mois ayant bénéficié de tous les passages CPS au cours de l'année</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre d'enfants âgés de 3 mois à 11 mois qui ont bénéficié de tous les passages CPS <b>Dénominateur :</b> Nombre total d'enfants de 3 à 11 mois	Rapport d'activités  Enquête	Annuelle
<b>Pourcentage d'enfants de 12 à 59 mois ayant bénéficié de tous les passages CPS au cours de l'année.</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre d'enfants âgés de 12 à 59 mois qui ont bénéficié de tous les passages CPS <b>Dénominateur :</b> Nombre total d'enfants de 12 à 59 mois	Rapport d'activités  Enquête	Annuelle
<b>Pourcentage d'enfants de 60 à 120 mois ayant bénéficié de tous les passages CPS au cours de l'année</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre d'enfants âgés de 60 mois à 120 mois qui ont bénéficié de tous les passages CPS <b>Dénominateur :</b> Nombre total d'enfants de 60 à 120 mois	Rapport d'activités  Enquête	Annuelle

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Nombre de cas de paludisme pris en charge correctement au niveau communautaire.</b>	<b>Nombre total</b> <i>Note :</i> Considérer les cas de paludisme confirmés par TDR et traités par ACT. Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSISS	Mensuelle  Annuelle
<b>Pourcentage de personnes qui connaissent les signes de paludisme grave</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de personnes interviewées qui connaissent les signes de paludisme grave. <b>Dénominateur :</b> Nombre total de personnes interviewées.	Rapports d'évaluation ou d'enquête	Tous les 2 ans
<b>Nombre de cas de paludisme confirmés dans les structures sanitaires et au niveau communautaire</b>	<b>Nombre total</b> <i>Note :</i> Il est recommandé de faire l'analyse par type de confirmation (goutte épaisse ou TDR) par région, par district et par zone (rurale et urbaine).	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSISS	Mensuelle  Annuelle
<b>Nombre de sites sentinelles fonctionnels pour le suivi de la résistance aux médicaments antipaludiques</b>	<b>Nombre total</b>	Rapports d'activités	Rapports d'activités
<b>Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans avec fièvre simple dans les deux dernières semaines pris en charge dans les 24 heures selon la politique nationale</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont la fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu le médicament recommandé par la politique nationale dans les 24 heures après l'apparition de la fièvre. <b>Dénominateur :</b> Nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu la fièvre au cours des deux dernières semaines <i>Note :</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, enquête EDS)	Tous les 2 ans  Annuelle

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Pourcentage de patients hospitalisés pour paludisme grave et correctement traités selon la politique nationale dans les formations sanitaires.</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de patients hospitalisés pour paludisme grave dans les formations sanitaires et correctement traités selon la politique nationale <b>Dénominateur :</b> Nombre total de patients hospitalisés pour paludisme grave dans les formations sanitaires.	Rapports de supervision des formations sanitaires Evaluation des formations sanitaires	Annuelle  2-3 ans
<b>Pourcentage de cas graves référés ayant reçu un traitement pré-transfert par les Rectocaps d'artésunate (PS)</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de cas graves de paludisme référés vers les centres de santé et hôpitaux et ayant bénéficié d'un traitement pré transfert par les Rectocaps <b>Dénominateur :</b> Nombre total de cas graves référés vers les centres de santé et les hôpitaux.	Rapport d'activités annuel (à partir rapport des PS)	Annuelle
<b>Nombre et pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (par goutte épaisse ou TDR) dans les structures sanitaires.</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (TDR ou GE) <b>Dénominateur :</b> Nombre total de cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires.	Rapports de supervision des formations sanitaires	Annuelle
<b>Pourcentage de cas de paludisme correctement traités par les Dispensateur de Soins à Domicile (DSDOM).</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de cas de paludisme correctement traités conformément aux directives par les DSDOM <b>Dénominateur :</b> Nombre total de cas de paludisme vus par les DSDOM.	Rapports des districts	Annuelle
<b>Pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée</b>	<b>Numérateur :</b> Nombre de ménages visités avec au moins une moustiquaire traitée par un insecticide approuvé par la politique nationale <b>Dénominateur :</b> Nombre total de ménages visités <i>Note :</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Enquête de couverture annuelle Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, Enquête EDS)	Tous les 2 ans

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous MII la nuit dernière</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi la nuit dernière dans les ménages visités</p> <p><i>Note :</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>	<p>Enquête de couverture annuelle</p> <p>Rapport d'évaluation des partenaires</p> <p>(Enquête MICS, Enquête EDS)</p>	Tous les 2 ans
<b>Pourcentage de femmes enceintes dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de femmes enceintes qui ont dormi sous MII la nuit dernière</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de femmes enceintes qui résident dans les ménages visités</p> <p><i>Note :</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>	<p>Enquête de couverture annuelle</p> <p>Rapport d'évaluation des partenaires</p> <p>(Enquête MICS, Enquête EDS)</p>	Tous les 2 ans
<b>Pourcentage de ménage disposant au moins d'une MII pour deux personnes</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de ménages disposant au moins d'une MII pour deux personnes</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de ménages</p>	<p>Enquête de couverture annuelle</p> <p>Rapport d'évaluation des partenaires</p> <p>(Enquête MICS, Enquête EDS)</p>	Tous les ans
<b>Pourcentage de la population (tous âges) ayant dormi sous moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'Action (MILDA) la nuit dernière.</b>	<p><b>Numérateur :</b> Nombre de personnes qui ont dormi sous MILDA la nuit dernière</p> <p><b>Dénominateur :</b> Population totale interrogée</p> <p><i>Note :</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>	<p>Enquête de couverture annuelle</p> <p>Rapport d'évaluation des partenaires</p> <p>(Enquête MICS, Enquête EDS)</p>	Tous les 2 ans

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Nombre de prestataires de service formés sur le TPI</b>	<b>Nombre total</b> <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de formation	Ponctuelle
<b>Couverture des femmes enceintes en TPI3</b>	<b>Numérateur</b> : Nombre de femmes <b>enceintes</b> qui ont reçu au moins trois doses de SP (TPI3) <b>Dénominateur</b> : Nombre total de femmes ayant accouché au cours des deux dernières années.	- Données d'enquêtes Monitoring -ENP et EDS	Annuelle
<b>Le pourcentage de femmes enceintes s'étant rendu à des consultations prénatales et ayant reçu le TPI3 sous observation directe</b>	<b>Numérateur</b> : Nombre de femmes enceintes qui ont reçu au moins trois doses de SP (TPI3) en TDO au cours de la CPN <b>Dénominateur</b> : Nombre total de premier contact	Rapports de supervision des formations sanitaires - DSISSS - Données de Monitoring	Annuelle
<b>Proportion de personnes se considérant comme à risque de paludisme (vulnérabilité perçue)</b>	<b>Numérateur</b> : Nombre de personnes enquêtées se considérant à risque <b>Dénominateur</b> : Nombre total de personne interrogées	Rapport d'enquête	Annuelle
<b>Proportion de personnes convaincues que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque</b>	<b>Numérateur</b> : Nombre de personnes enquêtées convaincues que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque <b>Dénominateur</b> : Nombre total de personne interrogées		



## INDICATEURS DE PROCESSUS

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
Nombre de moustiquaires « long lasting » distribuées	<b>Nombre total de Moustiquaires imprégnées distribuées</b> <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 semestrielle
Nombres de MILDA distribuées en routine	<b>Nombre MILDA distribuées en routine</b> <i>Note</i> : Il est recommandé de faire le calcul par cible et par canaux	Rapport d'activités	Tous les ans
Pourcentage de couchage disposant de MILDA	<b>Numérateur</b> : Nombre total couchage avec MILDA <b>Dénominateur</b> : Nombre total de couchage <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapport de campagne CU	Après chaque campagne
Nombre de prestataires de soins formés sur la PEC du paludisme au niveau des formations sanitaires	<b>Nombre total de prestataires formés</b> <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de formation	Ponctuelle
Nombre d'agents de santé formés sur les procédures de suivi /évaluation.	<b>Nombre total d'agents formés</b> <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district	Rapports de formation	Ponctuelle
Nombre de prestataires formés en PEC du paludisme au niveau communautaire	<b>Nombre total de prestataires formés</b> <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de formation	Ponctuelle
Nombre de membres d'OCB formés sur le suivi des activités communautaires	<b>Nombre total de membres d'OCB formés</b> <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de formation	Routine
Nombre de relais formés pour appuyer les activités IEC au niveau communautaire	<b>Nombre total de relais formés</b> <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de formation	Ponctuelle

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Nombre de sites sentinelles créés pour le suivi de la résistance aux médicaments antipaludiques</b>	<b>Nombre total de sites sentinelles créés</b> <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région et par district	Rapports d'étude de la résistance des médicaments de chaque site	Annuelle
<b>Proportion de districts appuyés pour le suivi des activités</b>	<b>Nombre appuyé / Nombre prévu</b>	Rapports d'activités	Trimestrielle
<b>Proportion de cases de santé équipées et rendues fonctionnelles</b>	<b>Nombre fonctionnel / Nombre prévu</b>	Rapports d'activités	Trimestrielle
<b>Pourcentage d'équipes médicales ayant reçu une visite de supervision durant la période rapportée.</b>	<b>Nombre visité / Nombre prévu</b> <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district	Rapports d'activités	Semestrielle
<b>Nombre et pourcentage d'agents de santé communautaires formés ayant reçu une visite de supervision durant la période rapportée.</b>	<b>Nombre total d'agents visités</b> <b>Nombre visité / Nombre prévu</b> <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district	Rapports d'activités	Trimestrielle
<b>Nombre de mères sensibilisées sur la prise en charge du paludisme</b>	<b>Nombre total</b> <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapport de séances de sensibilisation	Ponctuelle
<b>Nombre de zones visées par les services IEC et ayant bénéficié des séances IEC</b>	<b>Nombre total</b> <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	Ponctuelle
<b>Nombre d'enquêtes de couverture menées</b>	<b>Nombre total</b>	Rapport d'enquêtes	Ponctuelle
<b>Pourcentage de sites sentinelles ayant transmis l'ensemble de leur rapport conformément aux directives.</b>	<b>Nombre de sites ayant rapporté / Nombre total de sites</b> <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par district	Bulletins de surveillance sentinelle	Semestrielle

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
<b>Nombre d'ONG ayant reçu un financement pour la lutte contre le paludisme au niveau communautaire</b>	<b>Nombre total</b> <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région	Rapports d'activités des réseaux/partenaires	Annuelle
<b>Pourcentage du budget mobilisé consacré au suivi/évaluation</b>	<b>Numérateur</b> : Montant du budget de S/E mobilisé <b>Dénominateur</b> : Montant total du budget mobilisé <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapport annuel	Annuelle

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

### Rapport basé sur le formulaire poste de santé

#### CFR 1 : Synthèse consultation externe de la zone de responsabilité (Poste, Case, DSDOM et autres)

Enfants moins de 5 ans							Patients de 5 ans et Plus (Excluant les Femmes Enceintes)							Femmes enceintes						
Consultants Toutes affections confondues	Cas Suspect.	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Cas Confirmés (par TDR)	Cas Confirmés (par TDR)			CAS correcte ment pris en charge confor mément aux directiv es	Consult ants Toutes affectio ns confon dues	Cas Suspect .	Tests (TDR) réalisés [Positif s + Négatif s]	Cas Confir més (par TDR)	Cas Confirmés (par TDR)			CAS correcte ment pris en charge confor mément aux directiv es	Consult ants Toutes affectio ns confon dues	Cas Suspect .	Tests (TDR) réalisés [Positif s + Négatif s]	Cas Confir més (par TDR)	CAS correcte ment pris en charge confor mément aux directiv es
				M	F	TOTAL						M	F	TOTA L						

**NB** : Les données du CFR 1 intègrent celles des Cases de Santé, DSDOM et autres

### Morbidité palustre de la formation sanitaire

Enfants moins de 5 Ans								Patients de 5 Ans et Plus (Excluant les Femmes Enceintes)							
Consultants Toutes affections confondues	Cas Suspect.	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Cas Confirmés (par TDR)	Cas Confirmés (par TDR)			CAS correctement pris en charge conformément aux directives	Consultants Toutes affections confondues	Cas Suspect.	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Cas Confirmés (par TDR)	Cas Confirmés (par TDR)			CAS correctement pris en charge conformément aux directives
				M	F	TOTAL						M	F	TOTAL	

### SYNTHESE DES DONNEES AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

#### DONNEES DE MORBIDITE DANS LES CASES DE SANTE

Nombre de case de santé Fonctionnel (1)	Nombre de case de santé ayant notifié (2)	Complétude (2) / (1)

**FICHE RECAPITULATIVE DES CAS DE PALUDISME SIMPLE VUS AU NIVEAU DES CASES DE SANTE**

Enfants <5 ans						Patients >=5 ans (excluant les femmes enceintes)							
Consultants (toutes affections)	Cas Suspect	Tests (TDR) réalisés	Cas Confirmés (par TDR)	Cas Confirmés (par TDR)		CAS correctement pris en charge conformément aux directives	Consultants (toutes affections)	Cas Suspect	Tests (TDR) réalisés	Cas Confirmés (par TDR)	Cas Confirmés (par TDR)		CAS correctement pris en charge conformément aux directives
				M	F						M	F	

**NB :** Ces données devront être comptabilisées dans le CFR 1 du Poste de santé

**FICHE SYNTHESE DES CAS DE PALUDISME GRAVE AU NIVEAU CASE DE SANTE**

Enfants <5 ans		Patients >=5 ans (excluant les femmes enceintes)		Total	
Cas de paludisme confirmés VUS	Cas référés	Cas de paludisme confirmés VUS	Cas référés	Cas de paludisme confirmés VUS	Cas référés

**DONNEES PECADOM**
**FICHE RECAPITULATIVE DES CAS DE PALUDISME SIMPLE VUS PAR LE DSDOM DONNEES PECADOM**

Nombre DSDOM Fonctionnel -1	Nombre DSDOM ayant notifié -2	Complétude (2) / (1)	DSDOM fonctionnels supervisor

Nombre total de cas vus toutes affections confondues : (Symptôme Fièvre + Symptôme Diarrhée + Symptôme Toux + Autres)		
< 5 ans	> 5 ans	Total

Nombre total de cas de fièvre vus			Nombre de TDR réalisés			Nombre de TDR positifs											Nombre de cases ayant connu une rupture de TDR	
< 5 ans	>= 5 ans	Total	< 5 ans	>= 5 ans	Total	< 5 ans	Moins de 5 ans (1)			>= 5 ans	5 ans et plus (2)			Total	Total = (1) + (2)			
							Positif (M+F)	M	F		Positif (M+F)	M	F		Positif (M+F)	M		F

Nombre de cas de paludisme simple traités par ACT			Nombre de cas de paludisme simple traités par ACT et guéris			Cases ayant connu une rupture de ACT toute forme
< 5ans	>= 5 ans	Total	< 5 ans	>= 5 ans	Total	

Nombre de cas référés					Nombre Total de cas d'effets indésirables		
TDR Négatifs	Age < 2 mois	Femmes enceintes	Cas graves	Total cas référés	< 5 ans	>= 5 ans	Total

### Données sur le TPI chez la femme enceinte

Nombre femmes enceintes ayant fait la première CPN. (1)	Nombre femmes enceintes ayant reçu la première dose de SP1. (2)	Nombre femmes enceintes ayant reçu la deuxième dose de SP2. (3)	Nombre femmes enceintes ayant reçu la troisième dose de SP3.	Nombre femmes enceintes ayant reçu plus de 3 doses (SP4 + SP5 + etc.)

SP : Sulfadoxine Pyriméthamine

### Fiche de Synthèse sur l'utilisation des TDR par le Poste de santé

Stock début du mois (1)	Stock reçu au cours du mois (2)	TOTAL Disponible Pendant le mois 3 = (1 + 2)	Tests positifs			Tests négatifs			TDR Invalide	Quantité TDR distribuée dans le mois	Quantité TDR restante fin du mois
			Enfants moins de 5 ans	Plus de 5 ans Excluant les FE	Femmes Enceintes	Enfants moins de 5 ans	Plus de 5 ans Excluant les FE	Femmes Enceintes			

### Consommation mensuelle des ACT tous types confondus par le Poste de santé

Nourrisson (2 à 11 mois)	Petit Enfant (1 à 5 ans)	Grand Enfant (6 à 13 ans)	Adulte (14 ans et plus)

### Gestion des médicaments : Mouvements des stocks

\* **Rupture ACT toute forme durant le mois : Cocher s'il y a rupture / Ne pas cocher s'il n'y'a pas de rupture**

Gestion des intrants Antipaludiques									
ACT = ACT toute forme (ASAQ, AL et DHAPQ)									
Produits	Stock de début	Stock reçu	Stock disponible	Traitement Dispensé	Stock périmé	Nombre de jours de rupture	Nombre de jours de rupture consécutif	Est-ce que vous avez connu plus de 7 jours de rupture consécutifs ?	Stock restant
	(A)	(B)	C = A+B	(D)	E				R = C (D+E)
ACT NRSS									
ACT petit enfant									
ACT grand enfant									
ACT adulte									
Primaquine									
Sulfadoxine Pyriméthamine									
Rupture ACT toute forme durant le mois									
Rupture de TDR									

### Distribution mensuelle des MILDA en routine

NB : **En tenant compte des cases de santé et DSDOM**

Stock disponible en début de Mois (A)	Quantité reçue durant le Mois (B)	Total disponible durant le Mois (C=A+B)	Quantité de moustiquaires imprégnées distribuée aux Populations (par Canal) (D)					Stock restant (R=C-D)
			Femmes enceintes CPN	Enfants moins de 5 ans	Autres clients du poste de santé	Elèves	OCB	



## Rapport basé sur le formulaire centre de santé

CFR 1 : Synthèse consultation externe de la zone de responsabilité (Centre de santé, Case, DSDOM et autres)

Enfants moins de 5 ans						Patients de 5 ans et Plus (Excluant les Femmes Enceintes)						Femmes enceintes							
Consultants Toutes affections confondues	Cas Suspect.	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Cas Confirmés (par TDR)	Cas Confirmés (par TDR)			CAS correctement pris en charge conformément aux directives	Consultants Toutes affections confondues	Cas Suspect.	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Cas Confirmés (par TDR)	Cas Confirmés (par TDR)			Consultants Toutes affections confondues	Cas Suspect.	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Cas Confirmés (par TDR)	CAS correctement pris en charge conformément aux directives
				M	F	TOTAL						M	F	TOTAL					

NB : Les données du CFR 1 intègrent celles des Cases de Santé, DSDOM et autres

## Morbidité palustre de la formation sanitaire

Enfants moins de 5 Ans							Patients de 5 Ans et Plus (Excluant les Femmes Enceintes)											
Consultants Toutes affections confondues	Cas Suspect.	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Cas Confirmés (par TDR)	Cas Confirmés (par TDR)			CAS correctement pris en charge conformément aux directives	Consultants Toutes affections confondues	Cas Suspect.	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Cas Confirmés (par TDR)	Cas Confirmés (par TDR)			CAS correctement pris en charge conformément aux directives			
				M	F	TOTAL						M	F	TOTAL				

## CFR 2 - Données d'hospitalisation (3 tableaux)

Enfants moins de 5 Ans										
Hospitalisés Toutes affections confondues	Cas Suspect.	Nombre de goutte épaisse de diagnostic réalisé	Nb. de Goutte épaisse positive (A)	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Nb. de TDR positif (B)	Cas Confirmés (par TDR ou GE)	Cas de paludisme hospitalisé ayant reçu un traitement antipaludique approprié conformément à la politique nationale	Nb. de cas de paludisme confirmé		Total
								M	F	

Patients de 5 Ans et Plus (Excluant les Femmes Enceintes)										
Hospitalisés Toutes affections confondues	Cas Suspect.	Nombre de goutte épaisse de diagnostic réalisé	Nb. de Goutte épaisse positive (A)	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Nb. de TDR positif (B)	Cas Confirmés (par TDR ou GE)	Cas de paludisme hospitalisé ayant reçu un traitement antipaludique approprié conformément à la politique nationale	Nb. de cas de paludisme confirmé		Total
								M	F	

Femmes Enceintes								
Hospitalisés Toutes affections confondues	Cas Suspect.	Nombre de goutte épaisse de diagnostic réalisé	Nb. de Goutte épaisse positive (A)	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Nb. de TDR positif (B)	Cas Confirmés (par TDR ou GE)	Nb. de cas de paludisme confirmé A+B	Cas de paludisme hospitalisé ayant reçu un traitement antipaludique approprié conformément à la politique nationale

### Report activités de Microscopie (GE)

Enfants moins de 5 Ans			Patients de 5 Ans et Plus (Excluant les Femmes Enceintes)			Femmes Enceintes		
Nombre de Lames lues	Lames Positives	Lames Négatives	Nombre de Lames lues	Lames Positives	Lames Négatives	Nombre de Lames lues	Lames Positives	Lames Négatives

### CFR 3 - Décès en hospitalisation

Enfants de - 5 Ans				Patients de 5 Ans et Plus (Excluant les Femmes Enceintes)			Femmes Enceintes		Total						
DECES Toutes affections confondues	Décès de paludisme Confirmés	Décès de paludisme		Nb. Total de décès	Décès de paludisme	Décès de paludisme		Nb. Total de décès	Décès de paludisme	Nb. Total de décès	Décès de paludisme (1)			Décès Neuro palu (2)	Décès lie à l'Anémie (3)
		M	F			TOTAL	M				F	TOTAL	M		

**NB** : (2) et (3) sont contenus dans (1). Donc (2) + (3) Inférieur ou égal à (1).

### DONNEES DE MORBIDITE DANS LES CASES DE SANTE

Nombre de case de santé Fonctionnel (1)	Nombre de case de santé ayant notifié (2)	Complétude (2) / (1)

### FICHE RECAPITULATIVE DES CAS DE PALUDISME SIMPLE VUS AU NIVEAU DES CASES DE SANTE

Enfants <5 ans						Patients >=5 ans (excluant les femmes enceintes)							
Consultants (toutes affections)	Cas Suspect	Tests (TDR) réalisés	Cas Confirmés (par TDR)	Cas Confirmés (par TDR)		CAS correctement pris en charge conformément aux directives	Consultants (toutes affections)	Cas Suspect	Tests (TDR) réalisés	Cas Confirmés (par TDR)	Cas Confirmés (par TDR)		CAS correctement pris en charge conformément aux directives
				M	F						M	F	

**NB:** Ces données devront être comptabilisées dans le **CFR 1** du Centre de santé

### FICHE SYNTHESE DES CAS DE PALUDISME GRAVE AU NIVEAU CASE DE SANTE

Enfants <5 ans		Patients >=5 ans (excluant les femmes enceintes)		Total	
Cas de paludisme confirmés VUS	Cas référés	Cas de paludisme confirmés VUS	Cas référés	Cas de paludisme confirmés VUS	Cas référés

### DONNEES PECADOM

### FICHE RECAPITULATIVE DES CAS DE PALUDISME SIMPLE VUS PAR LE DSDOM DONNEES PECADOM

Nombre DSDOM Fonctionnel -1	Nombre DSDOM ayant notifié -2	Complétude (2) / (1)	DSDOM fonctionnels supervisés

Nombre total de cas de fièvre vus			Nombre de TDR réalisés			Nombre de TDR positifs										Nombre de cases ayant connu une rupture de TDR		
< 5 ans	>= 5 ans	Total	< 5 ans	>= 5 ans	Total	< 5 ans	Moins de 5 ans (1)			>= 5 ans	5 ans et plus (2)			Total	Total = (1) + (2)			
							Positif (M+F)	M	F		Positif (M+F)	M	F		Positif (M+F)		M	F

Nombre total de cas vus toutes affections confondues : (Symptôme Fièvre + Symptôme Diarrhée + Symptôme Toux + Autres)

< 5 ans	> 5 ans	Total

Nombre de cas de paludisme simple traités par ACT			Nombre de cas de paludisme simple traités par ACT et guéris			Cases ayant connu une rupture de ACT toute forme
< 5ans	>= 5 ans	Total	< 5 ans	>= 5 ans	Total	

Nombre de cas référés					Nombre Total de cas d'effets indésirables		
TDR Négatifs	Age < 2 mois	Femmes enceintes	Cas graves	Total cas référés	< 5 ans	>= 5 ans	Total

**Données sur le TPI chez la femme enceinte**

Nombre femmes enceintes ayant fait la première CPN. (1)	Nombre femmes enceintes ayant reçu la première dose de SP1. (2)	Nombre femmes enceintes ayant reçu la deuxième dose de SP2. (3)	Nombre femmes enceintes ayant reçu la troisième dose de SP3.	Nombre femmes enceintes ayant reçu plus de 3 doses (SP4 + SP5 + etc.)

SP : Sulfadoxine Pyriméthamine

**Fiche de Synthèse sur l'utilisation des TDR par le Centre de santé**

Stock début du mois (1)	Stock reçu au cours du mois (2)	TOTAL Disponible Pendant le mois 3 = (1 + 2)	Tests positifs			Tests négatifs			TDR Invalide	Quantité TDR distribuée dans le mois	Quantité TDR restante fin du mois
			Enfants moins de 5 ans	Plus de 5 ans Excluant les FE	Femmes Enceintes	Enfants moins de 5 ans	Plus de 5 ans Excluant les FE	Femmes Enceintes			

**NB :**

- Stock reçu au cours du mois (2) : considérer les stocks reçus du dépôt du district.
- Travailler avec l'unité de TDR et non Nombre de boîte.

## CONSOMMATION MENSUELLE DES ACT Tous Types confondus Par le Centre de santé

Nourrisson (2 à 11 mois)	Petit Enfant (1 à 5 ans)	Grand Enfant (6 à 13 ans)	Adulte (14 ans et plus)

**NB :** Il s'agit de la quantité d'ACT tous types confondus (ASAQ, DUOCOTECXIN, COARTESIANE) dispensée au cours du mois, relevée à partir du Registre de distribution journalière des médicaments ; des structures (Centre de Santé, case de santé, DSDOM), En respectant les tranches d'âges.

### Gestion des médicaments : Mouvements des stocks

\* Rupture ACT toute forme durant le mois : Cocher s'il y a rupture / Ne pas cocher s'il n'y a pas de rupture

Gestion des intrants Antipaludiques									
ACT = ACT toute forme (ASAQ, AL et DHAPQ)									
Produits	Stock de début	Stock reçu	Stock disponible	Traitement Dispensé	Stock périmé	Nombre de jours de rupture	Nombre de jours de rupture consécutif	Est-ce que vous avez connu plus de 7 jours de rupture consécutifs ?	Stock restant
	(A)	(B)	C = A+B	(D)	E				R = C - (D+E)
ACT NRSS									
ACT petit enfant									
ACT grand enfant									
ACT adulte									
Artésunate injectable									
Primaquine									
Quinine 400									
Quinine 200									
Sulfadoxine Pyriméthamine									
Rupture ACT toute forme durant le mois									
Rupture de TDR									

### Distribution mensuelle des MILDA en routine

Stock disponible en début de Mois (A)	Quantité reçue durant le Mois (B)	Total disponible durant le Mois (C=A+B)	Quantité de moustiquaires imprégnées distribuée aux Populations (par Canal) (D)					Stock restant (R=C-D)
			Femmes enceintes CPN	Enfants moins de 5 ans	Autres clients du poste de santé	Elèves	OCB	

## Rapport basé sur le formulaire EPS

### CFR1 consultation externe (3 tableaux)

CAS correctement pris en charge conformément aux directives							
Consultants Toutes affections confondues	Cas Suspect	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Cas Confirmés (par TDR)	M	F	TOTAL	CAS correctement pris en charge conformément aux directives

Patients de 5 Ans et Plus (Excluant les Femmes Enceintes)							
Consultants Toutes affections confondues	Cas Suspect	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Cas Confirmés (par TDR)	M	F	TOTAL	CAS correctement pris en charge conformément aux directives

Femmes Enceintes				
Consultants Toutes affections confondues	Cas Suspect.	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Cas Confirmés (par TDR)	CAS correctement pris en charge conformément aux directives

### CFR 2 - Fiche récapitulative des Données d'hospitalisation (3 tableaux)

Enfants moins de 5 Ans											
Hospitalisés Toutes affections confondues	Cas Suspect.	Nombre de goutte épaisse de diagnostic réalisé	Nb. de Goutte épaisse positive (A)	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Nb. de TDR positif (B)	Cas Confirmés (par TDR ou GE)	Cas de paludisme hospitalisé ayant reçu un traitement anti-paludique approprié conformément à la politique nationale	Nb. de cas de paludisme confirmé			Total
								TOTAL (A+B)	M	F	

Patients de 5 Ans et Plus (Excluant les Femmes Enceintes)										

Hospitalisés Toutes affections confondues	Cas Suspect.	Nombre de goutte épaisse de diagnostic réalisé	Nb. de Goutte épaisse positive (A)	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Nb. de TDR positif (B)	Cas Confirmés (par TDR ou GE)	Cas de paludisme hospitalisé ayant reçu un traitement anti- paludique approprié conformément à la politique nationale	Nb. de cas de paludisme confirmé			Total
								TOTAL (A+B)	M	F	

Femmes Enceintes										
Hospitalisés Toutes affections confondues	Cas Suspect.	Nombre de goutte épaisse de diagnostic réalisé	Nb. de Goutte épaisse positive (A)	Tests (TDR) réalisés [Positifs + Négatifs]	Nb. de TDR positif (B)	Cas Confirmés (par TDR ou GE)	Nb. de cas de paludisme confirmé A+B	Cas de paludisme hospitalisé ayant reçu un traitement anti-paludique approprié conformément à la politique nationale		

### Rapport activités de Microscopie (GE)

Enfants moins de 5 Ans			Patients de 5 Ans et Plus (Excluant les Femmes Enceintes)			Femmes Enceintes		
Nombre de Lames lues	Lames Positives	Lames Négatives	Nombre de Lames lues	Lames Positives	Lames Négatives	Nombre de Lames lues	Lames Positives	Lames Négatives

### CFR 3 - Décès en hospitalisation

Enfants de - 5 Ans				Patients de 5 Ans et Plus (Excluant les Femmes Enceintes)				Femmes Enceintes		Total						
DECES Toutes affections confondues	Décès de paludisme Confirmés	Décès de paludisme			Nb. Total de décès	Décès de paludisme	Décès de paludisme			Nb. Total de décès	Décès de paludisme	Décès de paludisme			Décès Neuro palu (2)	Décès lie à l'Anémie (3)
		M	F	TOTAL			M	F	TOTAL			M	F	TOTAL		

NB : (2) et (3) sont contenus dans (1). Donc (2) + (3) Inférieur ou égal à (1).

### Données sur le TPI chez la femme enceinte

Nombre femmes enceintes ayant fait la première CPN. (1)	Nombre femmes enceintes ayant reçu la première dose de SP1. (2)	Nombre femmes enceintes ayant reçu la deuxième dose de SP2. (3)	Nombre femmes enceintes ayant reçu la troisième dose de SP3.	Nombre femmes enceintes ayant reçu plus de 3 doses (SP4 + SP5 + etc.)

SP : Sulfadoxine Pyriméthamine

### Fiche de Synthèse sur l'utilisation des TDR dans l'EPS

Stock début du mois (1)	Stock reçu au cours du mois (2)	TOTAL Disponible Pendant le mois 3 = (1 + 2)	Tests positifs			Tests négatifs			TDR Invalide	Quantité TDR distribuée dans le mois	Quantité TDR restante fin du mois
			Enfants moins de 5 ans	Plus de 5 ans Excluant les FE	Femmes Enceintes	Enfants moins de 5 ans	Plus de 5 ans Excluant les FE	Femmes Enceintes			

**NB :** Stock reçu au cours du mois (2) : **considérer les stocks reçus de la PRA**

Travailler avec l'unité de TDR et non Nombre de boîte

### CONSOMMATION MENSUELLE DES ACT Tous Types confondus dans l'EPS

Traitements dispensés			
TRANCHE 1 : Nourrisson (2 à 11 mois)	TRANCHE 2 : Petit Enfant (1 à 5 ans)	TRANCHE 3 : Grand Enfant (6 à 13 ans)	TRANCHE 4 : Adulte (14 ans et plus)

**NB :** Il s'agit de la quantité d'ACT **tous types confondus (ASAQ, DUOCOTECXIN, COARTESIANE)** dispensée au cours du mois, relevée **à partir du** Registre de distribution journalière des médicaments des unités de soins, **En respectant les tranches d'âges.**



## Gestion des médicaments : Mouvements des stocks par l'EPS

\* Rupture ACT toute forme durant le mois : Cocher s'il y a rupture / Ne pas cocher s'il n'y a pas de rupture

Gestion des intrants Antipaludiques									
ACT = ACT toute forme (ASAQ, AL et DHAPQ)									
Produits	Stock de début	Stock reçu	Stock disponible	Traitement Dispensé	Stock périmé	Nombre de jours de rupture	Nombre de jours de rupture consécutif	Est-ce que vous avez connu plus de 7 jours de rupture consécutifs ?	Stock restant
	(A)	(B)	C = A+B	(D)	E				R = C - (D+E)
ACT NRSS									
ACT petit enfant									
ACT grand enfant									
ACT adulte									
Artésunate injectable									
Primaquine									
Quinine 400									
Quinine 200									
Sulfadoxine Pyriméthamine									

## **ANNEXES 3 : Outils PECADOM**

### **1 - REGISTRE DE CONSULTATION GENERALE DSDOM**

Date de la consultation	N° d'ordre	Prénom et Nom	Age Mois/Ann	Sexe	Femmes enceintes	Nom et prénom de la mère (si enfant 0-5ans)	Adresse/ Village/ Quartier	Signes et plaintes	TDR	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**

Inscrire la date de consultation du malade	Inscrire le nom et prénom de la mère si l'enfant entre 0 et 5 ans révolus
Inscrire le numéro d'ordre qui est séquentiel et mensuel	Préciser l'adresse exacte de la personne
Inscrire le nom et prénom de la personne	Mentionner les signes et plaintes de la personne
Age : en mois (pour les moins de 5ans) et en année pour les plus de 5 ans	Renseigner la colonne TDR par des signes : + si TDR est positif - si TDR est négatif
Inscrire le sexe de la personne	Classification selon la maladie (paludisme, diarrhée et infection respiratoire aiguë)
Préciser si c'est une femme enceinte	Mentionner le traitement prescrit et la posologie
	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
	Prise en charge paludisme			
	Prise en charge diarrhée			
	Prise en charge infection respiratoire aigüe			

**2. MALADES VUS AU NIVEAU DU VILLAGE :**

N°	Indicateurs	Moins de 5ans	5 ans et plus	Total
	Nombre de cas vus toutes causes confondues			
	Nombre de cas vus pour visite de suivi toutes maladies (paludisme IRA Diarrhée)			
	Nombre de TDR réalisés			
	Nombre de TDR positifs			
	Nombre de cas de paludisme traités par ACT			
	Nombre de cas de paludisme traités par ACT et guéris			
	Nombre de cas de toux /rhume			
	Nombre de cas de toux /rhume guéris			
	Nombre de cas de pneumonie traités par COTRI			
	Nombre de cas de pneumonie traités par COTRI et guéris			
	Nombre de cas de diarrhée traités par SRO seul			

N°	Indicateurs	Moins de 5ans	5 ans et plus	Total
	Nombre de cas de diarrhée traités par Zinc seul			
	Nombre de cas de diarrhée traités par SRO et Zinc			
	Nombre de cas de diarrhée traités et guéris			
	Nombre de cas d'effets indésirables (préciser médicaments suspects)			
	Nombre de cas référés toutes maladies (paludisme IRA Diarrhée)			
	Nombre de cas de paludisme référés			
	Nombre de cas de diarrhée référés			
	Nombre de cas d'IRA référés			
	Nombre d'autres cas référés			
	Nombre de cas de décès			

**NB** : Préciser les médicaments suspects pour les effets indésirables : .....

**ANNEXES 4 CHRONOGRAMME DE SAISIE ET DE VALIDATION DES DONNEES  
(DHIS2)**

MOIS DE L'ANNEE	DATE LIMITE DE VALIDATION			
	AU NIVEAU DES STRUCTURES DE SANTE (EPS, Centres et Postes de Santé)	AU NIVEAU DU DISTRICT SANITAIRE	AU NIVEAU DE LA REGION MEDICALE	AU NIVEAU CENTRAL (DSISSS)
Janvier	15 février	28 février		
Février	15 mars	31 mars		
Mars	15 avril	30 avril		
PREMIER TRIMESTRE			31 mai	15 juin
Avril	15 mai	31 mai		
Mai	15 juin	30 juin		
Juin	15 juillet	31 juillet		
DEUXIEME TRIMESTRE			31 août	15 septembre
Juillet	15 août	31 août		
Août	15 septembre	30 septembre		
Septembre	15 octobre	31 octobre		
TROISIEME TRIMESTRE			30 novembre	15 décembre
Octobre	15 novembre	30 novembre		
Novembre	15 décembre	31 décembre		
Décembre	15 janvier	31 janvier		
QUATRIEME TRIMESTRE ET ANNEE			28 février <i>(Année suivante)</i>	

## **ANNEXES 5 : SECTIONS DE LA GRILLE DE SUPERVISION**

<b>SECTION -0-</b>	<b>Mise en œuvre des recommandations de la dernière supervision</b>
<b>SECTION -1</b>	<b>Complétude des données du Centre de santé dans le DHIS 2</b>
<b>SECTION -2-</b>	<b>Evaluation de la qualité de la prise en charge des cas.</b> (Respect de la note directive sur la généralisation des TDR)
<b>SECTION -3-</b>	<b>Evaluation de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave.</b>
<b>SECTION -4-</b>	<b>TPI chez la femme enceinte.</b>
<b>SECTION -5-</b>	<b>Evaluation de la Gestion des ACT et des TDR. Mouvements des ACT et TDR.</b>
<b>SECTION -6-</b>	<b>Evaluation de la qualité de l'archivage des registres finis et rapports transmis.</b>
<b>SECTION -7-</b>	<b>Situation du Covid-19</b>
<b>SECTION -8-</b>	<b>Audits Décès</b>
<b>SECTION -9-</b>	<b>Gestion des déchets</b>
<b>SECTION -10-</b>	<b>Vérification des données sur site (VDS)</b>
<b>SECTION -11-</b>	<b>Evaluation de la mise en œuvre des investigations à l'échelle PS et CS</b>
<b>ANNEXE</b>	<b>Plan de résolution des problèmes</b>