|  |
| --- |
|  |

**Programme National de Lutte contre le Paludisme**

**Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique**

**PLAN NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2021-2025**

# PREFACE

# SOMMAIRE

[PREFACE 2](#_Toc59547134)

[SOMMAIRE 3](#_Toc59547135)

[LISTE DES TABLEAUX 5](#_Toc59547136)

[LISTE DES FIGURES 5](#_Toc59547137)

[SIGLES ET ACCRONYMES 6](#_Toc59547138)

[I. INTRODUCTION 8](#_Toc59547139)

[I.1. Objectif du plan de Suivi et Evaluation 8](#_Toc59547140)

[I.1..1. Objectif général 8](#_Toc59547141)

[I.1..2. Objectifs spécifiques 8](#_Toc59547142)

[I.2. Description du processus de développement du plan de Suivi et évaluation 9](#_Toc59547143)

[I.3. Contexte 9](#_Toc59547144)

[I.3.1. Profil du pays 9](#_Toc59547145)

[I.3.2. Système de santé 10](#_Toc59547146)

[I.3.2.1. Description du système de santé 10](#_Toc59547147)

[I.3.2.2. Fonctionnement du système de santé 10](#_Toc59547148)

[I.3.3. Situation de la lutte contre le paludisme 17](#_Toc59547149)

[I.3.3.1. Cadre institutionnel, programmatique et organisationnel de la lutte 17](#_Toc59547150)

[I.3.3.1. Profil épidémiologique du paludisme 18](#_Toc59547151)

[I.3.3.2.1. Distribution du parasite 18](#_Toc59547152)

[I.3.3.2.1. Résistance parasitaire et tolérance aux CTA 19](#_Toc59547153)

[I.3.3.2.2. Bionomie des vecteurs 19](#_Toc59547154)

[I.3.3.2.3. Stratification de la transmission du paludisme 19](#_Toc59547155)

[II. DESCRIPTION DU PROGRAMME 20](#_Toc59547156)

[II.1. But et principaux axes d’interventions du PSN 2021-2025 20](#_Toc59547157)

[II.2. Cadre conceptuel 22](#_Toc59547158)

[II.3. Cadre logique 24](#_Toc59547159)

[III. DESCRIPTION DES INDICATEURS 26](#_Toc59547160)

[IV. ACTIVITES DE SUIVI 40](#_Toc59547161)

[IV.1. La collecte des données de routine de lutte contre le paludisme 40](#_Toc59547162)

[IV.2. Traitement, analyse et archivage 41](#_Toc59547163)

[V. ACTIVITES D’EVALUATION 43](#_Toc59547164)

[VI. PLAN DE DISSEMINATION ET UTILISATION DE L’INFORMATION 46](#_Toc59547165)

[VI.1. Production de rapports 46](#_Toc59547166)

[VI.1. Diffusion des données validées du programme 46](#_Toc59547167)

[VI.2. Utilisation de l’information du programme 46](#_Toc59547168)

[VII. COORDINATION DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION 48](#_Toc59547169)

[I. RENFORCEMENT DE CAPACITES 48](#_Toc59547170)

[II. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION 48](#_Toc59547171)

[III. BUDGET 51](#_Toc59547172)

[ANNEXES 54](#_Toc59547173)

# LISTE DES TABLEAUX

[Tableau 1 : Présentation des forces, faiblesses, opportunités et menaces du système de suivi et évaluation existant 12](#_Toc57711240)

[Tableau 2: liste des indicateurs sélectionnés pour le suivi et l’évaluation des interventions de lutte contre le paludisme 27](#_Toc57711241)

[Tableau 3: Chronogramme des enquêtes et études planifiées de 2021 à 2025 44](#_Toc57711242)

[Tableau 4: Plan de diffusion et d’utilisation des informations de suivi et d’évaluation 47](#_Toc57711243)

[Tableau 5: Plan de mise en œuvre pluri annuel 49](#_Toc57711244)

[Tableau 6: Budget estimatif des activités de suivi et d’évaluation 51](#_Toc57711245)

# LISTE DES FIGURES

[Figure 1: Evolution de l’incidence de 2016 à 2019 18](#_Toc57711268)

[Figure 2: Cadre conceptuel de la lutte contre le paludisme 23](#_Toc57711269)

[Figure 3:**:** Modèle logique pour le suivi/évaluation de la lutte contre le paludisme 25](#_Toc57711270)

# SIGLES ET ACCRONYMES

|  |  |
| --- | --- |
| **AIRP** | l’Autorité Ivoirienne de Réglementation Pharmaceutique |
| **ASC** | Agents de Santé Communautaire |
| **CAT** | Centre anti tuberculeux |
| **CCSC** | communication pour le changement social et comportemental |
| **CeDReS** | Centre de Diagnostic et de Recherche sur le Sida et les autres maladies infectieuses |
| **CEMV** | Centre d’Entomologie Médicale et Vétérinaire |
| **CHR** | Centre Hospitalier Régional |
| **CNTS** | Centre National de Transfusion Sanguine |
| **COGES** | Comité de Gestion |
| **COVID 19** | Coronavirus disease 19 |
| **CPN** | Consultation prénatale |
| **CSE** | Chargé de la surveillance épidémiologique |
| **CSRS** | Centre Suisse de Recherche scientifique |
| **LNSP** | Laboratoire National de Santé Publique |
| **CHU** | Centre Hospitalier Universitaire |
| **CMC** | Commission médicale consultative |
| **CTR** | Conseillers Techniques Régionaux |
| **DHIS2** | District Health Information Software 2 |
| **DIIS** | Direction de l’Informatique et de l’Information Sanitaire |
| **DQR** | Data Quality Review |
| **ECD** | Equipe cadre de district |
| **ERS** | Equipe régionale de la santé |
| **ESPC** | Etablissement sanitaire de premier contact |
| **EUV** | End-Use Verification |
| **FM** | Fonds Mondial |
| **HG** | Hôpital Général |
| **ICA** | Institut de cardiologie d’Abidjan |
| **iCCM** | Integrated Community Case Management |
| **ILP** | Intrants de lutte contre le paludisme |
| **INS** | Institut National de la Statistique |
| **INSP** | Institut National de Santé Publique |
| **IPCI** | Institut Pasteur de Côte d’Ivoire |
| **IRF** | Institut Raoul Follereau |
| **LAL** | Lutte anti larvaire |
| **MILDA** | Moustiquaire imprégnée d’insecticide à longue durée d’action |
| **MSHP** | Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique |
| **N-PSP** | Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique |
| **OMS** | Organisation Mondiale de la Santé |
| **PID** | Pulvérisation intra domiciliaire |
| **PNDS** | Plan national de développement sanitaire |
| **PNLP** | Programme National de Lutte contre le Paludisme |
| **PRISM** | Performance of Routine Information System Management |
| **PSN** | Plan stratégique national |
| **RASS** | Rapport annuel sur la situation sanitaire |
| **RGPH** | Recensement Général de la Population et de l’Habitat |
| **SAMU** | Service d’Aide Médicale d’Urgence |
| **SP** | Sulfadoxine Pyriméthamine |
| **TDR** | Test de diagnostic rapide |
| **TPI** | Traitement préventif intermittent |
| **TPIn** | Traitement préventif intermittent du nourrisson |
| **VIH/SIDA** | Virus de l’immunodéficience Humaine/Syndrome Immunodéficitaire Acquis |
|  |  |

# INTRODUCTION

La Côte d’Ivoire a inscrit la lutte contre le paludisme comme priorité en accord avec le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020. Ce dernier PNDS a servi de base à l’élaboration du quatrième Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le paludisme 2021-2025 prenant en compte les recommandations de la revue des performances du programme de la période 2016-2020 et les nouvelles orientations Mondiales.

Ce plan s’aligne sur les nouvelles orientations définies dans la Stratégie Mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030.

La réussite de la mise en œuvre du PSN 2021-2025 nécessite un suivi et évaluation des interventions de lutte contre le paludisme. Ainsi le PNLP a entrepris avec l’ensemble des parties prenantes du secteur et des partenaires au développement, l’élaboration d’un Plan de suivi et évaluation pour accompagner efficacement la mise en œuvre du PSN 2021-2025. Il permet de fournir d’une part aux acteurs, décideurs, un outil de référence pour le suivi et l’évaluation et d’autre part de disposer d’informations fiables à temps pour la prise de décisions. Ce plan de suivi et évaluation élaboré de façon consensuelle et participative, décrit les grandes lignes des activités qui vont permettre de suivre et évaluer les interventions ainsi que le système de collecte des données. De ce fait, le plan de suivi et évaluation est un outil qui interpelle le PNLP et ses partenaires à rendre compte à travers un processus transparent et bien coordonné.

## Objectif du plan de Suivi et Evaluation

### Objectif général

L’objectif général de ce plan est de contribuer à l’amélioration du programme de lutte contre le paludisme.

### Objectifs spécifiques

* Donner un cadre standardisé de gestion intégrée des données tant au niveau de la collecte, utilisation et partage des données ;
* Décrire les indicateurs de progrès liés au Suivi et évaluation
* Décrire les activités de suivi, d'évaluation de la mise en œuvre du PSN, d'analyse et d'utilisation des données et le chronogramme de leur mise en œuvre
* Décrire les activités d’amélioration de la qualité des données sur le paludisme
* Guider les prises de décisions des gestionnaires de programme à partir des données de bonne qualité.

## Description du processus de développement du plan de Suivi et évaluation

Le présent plan de suivi évaluation élaboré dans le cadre du nouveau PSN 2021-2025 se fait selon un processus participatif et consultatif afin de garantir l’adhésion des acteurs qui sont impliqués dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Les axes d’interventions identifiés dans le plan stratégique 2021-2025 de lutte contre le paludisme ont servi d’orientation à l’élaboration de ce plan de suivi et évaluation.

Dans le cadre du processus de revue de performance du programme, le plan de S&E 2013-2017 avait été évalué et en collaboration avec les partenaires du PNLP, avec notamment l’appui technique de l’OMS.

Cette revue a permis de faire une analyse de la situation du système de S&E en ressortant notamment les forces et les faiblesses rencontrées lors de la mise en œuvre en 2016-2020.

C’est au décours de la finalisation du nouveau PSN 2021-2025 qu’un groupe technique de travail sur le S&E, issu du Comité de pilotage, a été mis en place pour élaborer le draft zéro du plan de suivi et évaluation pour la période 2021-2025 (voir composition du Comité de pilotage en annexe 2). C’est au cours des différentes séances de travail de ce groupe technique qu’ont été identifiés les objectifs, les stratégies et les activités essentielles d’une part, ainsi que les mécanismes de coordination et de financement du Plan de S&E d’autre part.

Le présent plan a été validé par l’ensemble des parties prenantes impliquées dans la lutte contre le paludisme, partenaires de mise en œuvre, partenaire au développement.

## Contexte

### Profil du pays

Située en Afrique de l’Ouest, la Côte d’Ivoire a une superficie de 322 462 km². Elle est limitée au Nord par le Mali et le Burkina-Faso, à l’Ouest par la Guinée Conakry et le Libéria, à l’Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée.

Au recensement Général de la Population et de l’Habitat (RGPH) de 2014 la population de la Côte d’Ivoire était de 22 671 333 habitants avec une densité de 70 habitants par km². Selon les projections de l’Institut National de la Statistique (INS) pour l’année 2019 cette population était estimée à 25 823 072 habitants.

Le profil climatologique et géomorphologique a une forte influence sur le profil de transmission du paludisme dont l’intensité varie selon les saisons. Dans les zones forestières, la transmission du paludisme dure quasiment toute l’année. Dans les zones de savane boisées ou secteur sub-soudanais et soudanais du Nord, la transmission du paludisme est permanente avec une recrudescence pendant les saisons de pluies. Dans les zones de transition au Centre (pré-forestière), la durée de la transmission du paludisme est comparable à celle de la zone forestière avec des variations en fonction du faciès écologique et l’aménagement de l’environnement à des fins agricoles.

Toute la population reste exposée au risque palustre. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont les plus vulnérables. Certaines populations clés (orpailleurs, riziculteurs…) présentent une exposition élevée.

### Système de santé

#### Description du système de santé

Le système de santé ivoirien est de type pyramidal comprenant trois (3) niveaux et deux (2) versants : un versant administratif et un versant offre des soins.

Le versant administratif est composé comme suit :

- Niveau central comprend le Cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux et les programmes de santé. Il est chargé de la définition de la politique et de la coordination globale ;

- Niveau intermédiaire composé de 33 Directions Régionales (cf. Arrêté n°277/MSHP/CAB du 25 février 2019) qui ont une mission d’appui aux districts sanitaires ;

- Niveau périphérique composé de 113 Districts Sanitaires (cf. Arrêté n°277/MSHP/CAB du 25 février 2019) représente l’unité opérationnelle du système de santé.

Le versant offre de soins comprend un niveau périphérique avec 2 479 Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) (RASS 2018) dont 65,1% pour les établissements ruraux publics, 29,8% pour les établissements urbains publics et 5,1% pour établissements privés confessionnels/privés non lucratifs. Il compte également 97 hôpitaux généraux de première référence. Un niveau intermédiaire constitué de 17 Centres Hospitaliers Régionaux et de 2 Centres Hospitaliers Spécialisés (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké). Un niveau tertiaire (CHU et Instituts) constitué de : 4 Centres Hospitaliers Universitaires, 5 Instituts Nationaux Spécialisés (Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d’Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d’Abidjan (ICA)). La Côte d’Ivoire compte en outre 4 autres Etablissements Publics Nationaux d’appui : Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (N-PSP), Service d’Aide Médicale d’Urgence (SAMU).

L’offre de soins est composée du secteur public prépondérant, du secteur privé en plein essor et de la médecine traditionnelle.

#### Fonctionnement du système de santé

Le système de santé de la Côte d’Ivoire repose sur les 6 principaux piliers d’un système de santé que sont : i) la gouvernance et le leadership ; ii) le financement du secteur ; iii) les ressources humaines ; iv) les infrastructures, les équipements, les médicaments, les vaccins et autres intrants stratégiques ; v) le système d’information sanitaire ; et vi) les prestations des services de santé.

* **Gouvernance et leadership**

Des efforts importants de gouvernance ont été entrepris.

En matière de gouvernance et de leadership au niveau du secteur de la santé, la mise en œuvre effective du projet Leadership, Management et Gouvernance (LMG) dans 8 Directions Régionales depuis 2016 montre des résultats encourageants en matière de gouvernance et lance la nécessité de l’extension dudit projet aux autres régions de santé en vue d’améliorer la fonctionnalité et l’efficacité du système de santé.

Cependant des faiblesses persistent notamment :

* Au niveau décentralisé : (i) l’insuffisance d’implication des responsables des ESPC dans l’élaboration et la gestion du budget alloué à leurs structures ; (ii) l’insuffisance de coordination entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire ; (iii) la répartition inégale des ressources et une insuffisance de mécanismes de redevabilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
* Au niveau déconcentré : (i) une insuffisance de la fonctionnalité des organes de gestion des établissements sanitaires (COGES, CMC, Direction, Conseil d’établissement)[[1]](#footnote-1), des ECD et des ERS (ii) une insuffisance de coordination et de collaboration des acteurs et des interventions de santé (iii) une insuffisance de leadership au niveau des structures déconcentrées et l'inadéquation de certaines interventions des collectivités avec les priorités de santé (iv) une insuffisance dans la disponibilité des documents de gouvernance.
* **Financement du secteur de la santé**

Pour le financement du PNDS, en 2018 l’Etat de Côte d’Ivoire a accordé un budget de 360 594 344 796 FCFA au MSHP qui représente 5,3% du budget général de l’Etat (RASS 2018). Ce budget est en baisse de 2,22% par rapport à 2017.

* Ressources Humaines

Elles portent sur trois catégories socioprofessionnelles, Médecins, Infirmiers et Sages-femmes. En 2018, dans le secteur public le MSHP comptait :

* 4 045 médecins, soit un ratio de 1 médecin pour 7 354 habitants (1,4 médecin pour 10 000 habitants) selon le RASS 2018. Trente-sept (37) districts sanitaires sur 86 ont atteint la norme OMS en 2018, soit 43 %. Ce ratio diminue au fur et à mesure que l’on s’éloigne d’Abidjan.
* 11 644 infirmiers, soit un ratio de 2,3 infirmiers pour 5 000 habitants. L’atteinte des normes OMS (1 infirmier pour 5 000 habitants) est effective dans toutes les régions sanitaires. Quatre-vingt (80) districts sur les 86 ont atteint la norme OMS de 1 infirmier pour 5000 habitants, soit 93%.
* 5 511 sages-femmes, soit un ratio de 2,7 sages-femmes pour 3 000 femmes en âge de procréer. La norme OMS est atteinte dans toutes les régions sanitaires.

NB : intégrer le ratio SF selon la norme OMS SVP

* Information sanitaire

Le système d’information sanitaire étant la principale source de données pour le suivi des programmes de santé en général et le programme paludisme en particulier, un état des lieux a été fait. Les forces, faiblesses, opportunités et menaces identifiées figurent dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Présentation des forces, faiblesses, opportunités et menaces du système de suivi et évaluation existant

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Système** | **Forces** | **Faiblesses** | **Opportunités** | **Menaces** |
| Système d’information sanitaire de routine | * Existence d’une direction en charge de l’information sanitaire (DIIS) * Existence des logiciels de gestion des données sanitaires (Sigsanté/DHIS2, eSIGL, m-Supply, DVD-MT, OpenELIS) ; * Intégration des données communautaires (outil papier et Sigsanté/DHIS2) ; * Existence des outils de collectes de données standardisés ; * Existence des manuels de procédure de gestion des données ; * Existence d’un service de recherche, de surveillance suivi et évaluation au sein du programme national de lutte contre le paludisme ; * Bonne collaboration entre la DIIS, PNLP et les autres entités engagées dans la lutte contre le paludisme * Existence de personnel qualifié pour la gestion des données * Tenue de réunions de coordination pour le suivi périodique (ECD, ERS, multisectoriel, coordination centrale, TASK Force) * Utilisation des données logistiques pour la quantification * Utilisation des données de routine pour la prise de décision (mission de suivi de la distribution effective des MILDA par les prestataires, plaidoyer auprès de bailleurs et partenaires, programmation d’enquêtes….) | * Sigsanté/DHIS2 inaccessible à certains moments * Module DQR non paramétré dans Sigsanté/DHIS2 * Non exhaustivité des données sanitaires (secteur privé, EPN, Force de défense et de sécurité et communautaire) * Absence d’outils de collecte de données standardisés pour les laboratoires * Faible promptitude dans la saisie des données dans Sigsanté/DHIS2 * Faiblesse dans l’exactitude des données provenant des ESPC (PRISM 2018) ; * Faible archivage des outils de collecte de données ; * Insuffisance dans le suivi des données sur la consommation des antipaludiques et ILP * Insuffisance dans la transmission des rapports de supervision des districts et régions sanitaires vers le niveau central * Insuffisance de l’utilisation des données pour la prise de décision au niveau décentralisé * Insuffisance dans la retro information du niveau district vers les établissements sanitaires * Insuffisance de ressources humaines dédiées à la gestion des données au niveau établissement sanitaire * Absence d’une plateforme regroupant toutes les données liées au paludisme | * Existence des partenaires techniques et financiers qui soutiennent le SISR * Création du corps de métiers de gestionnaire de données à la fonction publique. | * Instabilité socio politique, * Catastrophes naturelles * Réduction des financements * Inaccessibilité géographique de certaines zones ; |
| Information non routinière | * Existence d’un groupe scientifique d’appui * Existence d’institutions nationales de recherche en matière de paludisme * Plusieurs enquêtes planifiées dans le PSN 2016-2020 ont été conduites telles que l’évaluation de la transmission vectorielle, l’étude sur la résistance aux insecticides * Utilisation des données d’enquête pour la prise de décision (planification stratégique, réorientation) | * Insuffisance de diffusion des résultats d’enquête au niveau décentralisé * Inexistence d’une banque de données pour les données d’enquêtes et études   (Répertoire des enquêtes et des études) | * Existence des partenaires techniques et financiers * Existence du groupe scientifique d’appui * Volonté politique | * Instabilité socio-politique ; * Arrêt d’appui des partenaires. |

Le MSHP a développé des outils papiers et électroniques pour le rapportage régulier des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le Sigsanté/DHIS 2 est le logiciel national pour la gestion des données sanitaires de routine qui est déployée dans toutes les régions sanitaires, les districts sanitaires, les hôpitaux de références et les Centres Anti Tuberculeux (CAT). Les données communautaires ont été intégrées dans Sigsanté/DHIS 2 en 2019. Les données liées à la vaccination sont gérées par le logiciel DVD-MT. Une phase pilote pour la gestion des données de vaccination à partir de Sigsanté/DHIS 2 a été lancée en 2019 dans deux régions sanitaires. Le eSIGL est le logiciel de gestion des données logistiques, utilisé par les clients directs de la Nouvelle PSP. Quant à OpenELIS, c’est un outil de gestion pour les données de laboratoire.

.

* Infrastructures, Equipements, Médicaments, Vaccins et autres intrants

**Infrastructures et équipements**

Des efforts de réhabilitation, de construction de nouveaux établissements et d’équipement des structures d’offre de soins ont permis ces dernières années d'accroitre l’accessibilité et la qualité de service de santé.

Le nombre total de blocs opératoires existant dans les hôpitaux publics est de 99, dont 81sont fonctionnels, soit 81, 8%.

En Côte d’Ivoire, le nombre de laboratoires d’analyses biomédicales existant dans les établissements sanitaires publics du premier et deuxième niveau est passé de 231 en 2017 à 253 en 2018, dont 8 non fonctionnels, soit une hausse de 22 laboratoires (9,52%) selon le RASS 2018.

La proportion de la population ivoirienne vivant à moins de 5 Km d’un centre de santé est passée de 66,9% en 2017 à 69,0% en 2018.

Les régions sanitaires présentant les plus faibles proportions de population vivant à moins de 5 Km d’un centre de santé public sont : Gbôklé-Nawa-San Pedro (38%), Kabadougou-Bafing-Folon (49%) et Haut-Sassandra (51%). La Côte d’Ivoire compte 2 479 ESPC en 2018 contre 2 252 en 2017, soit une hausse de 227 ESPC (10,08%). Malgré cela, le ratio national de 1 ESPC par habitant (1 ESPC pour 10 164 habitants) reste toujours en deçà de la norme OMS de 1 ESPC pour 10 000 habitants.

**Médicaments, et produits de santé**

En matière de Médicaments, vaccins et autres intrants stratégiques, l’Autorité Ivoirienne de Réglementation Pharmaceutique (AIRP) est l’autorité nationale qui a pour mission de contribuer à la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale, de contrôler le secteur pharmaceutique et de veiller au respect des lois et règlements dans les domaines relevant de sa compétence.

Quant à la Nouvelle PSP, elle a établi en 2018 une plateforme de collaboration avec les partenaires en vue de : i) fédérer les financements et les appuis à la Centrale d’Achat afin de régler les problèmes de doublons de financements et de combler certains gaps de financements ; ii) envisager des solutions techniques mieux coordonnées pouvant permettre un renforcement de la centrale d’achats et un approvisionnement continu en produits de santé.

Malgré cela, au niveau périphérique, la disponibilité des intrants et médicaments antipaludiques rencontrent de nombreuses difficultés accentuées par la pandémie au COVID-19.

La gestion de l’information au sein de la chaîne d’approvisionnement est d’une importance capitale et centrale. Au niveau national, le système d’information de gestion de la chaine d’approvisionnement en produits de santé a amélioré la gestion des médicaments avec des outils informatiques utilisés (eSIGL, mSUPPLY) sur toute la chaine.

Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) assure le contrôle qualité des médicaments et intrants à trois niveaux : avant l’enregistrement, avant la distribution et au cours de l’utilisation. Il est appuyé dans certains cas par des laboratoires de référence internationale.

En 2018, le taux général de disponibilité des médicaments dans les structures livrées par la nouvelle PSP de Côte d’Ivoire était de 92,44% (RASS 2018).

* Prestations des services de santé

Le taux d’utilisation des services est le nombre de consultants rapportés à la population totale.

Au niveau national, ce taux est resté stable (47,7% en 2017 à 47,5% en 2018). (RASS 2018)

* Recherche en Système de Santé

La Côte d’Ivoire dispose de plusieurs instituts de recherche nationaux et internationaux qui pour plusieurs d’entre eux interviennent dans la lutte contre le paludisme. Il s’agit de l’Institut National de Santé Publique (INSP) qui comprend le Centre de Recherche de Lutte contre le Paludisme (CRLP) et l’Institut Pierre Richet de Bouaké (IPR) ; l’Institut National d’Hygiène Publique (INHP) ; l’Institut Pasteur de Côte d’Ivoire (IPCI) ; le Centre d’Entomologie Médicale et Vétérinaire de Bouaké (CEMV) ; le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) ; le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ; le Centre Suisse de Recherche Scientifique (CSRS) ; le Centre de Diagnostic et de Recherche sur le Sida et les autres maladies infectieuses (CeDReS).

Certaines unités de formation et de recherche telles que l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (UFR-SPB), l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences Médicales (UFR-SM), l’Unité de Formation et de Recherche en Biosciences (UFR-Biosciences) et l’Unité de Formation et de Recherche en Sociologie sont également des pôles de recherche en santé notamment dans le domaine de la lutte contre le paludisme.

*Contribution du PNLP au renforcement du système de santé*

Selon le PSN 2021-2025, le PNLP contribue au renforcement du système de santé à travers le renforcement de capacités des prestataires et l’équipement en matériel technique et en matériel roulant des structures de santé.

* **Formation et Renforcement des capacités**
* 3 222 prestataires de soins des structures sanitaires publics ont été formés sur la Prévention et la Prise en charge du paludisme (2018-2019) ;
* 163 prestataires de soins des structures sanitaires privées ont été formés sur la Prévention et la Prise en charge du paludisme (2016-2017) ;
* 489 Pharmaciens et Assistants des officines privées mis à niveau sur les directives de prise en charge du Paludisme en 2019 ;
* 11 391 Agents de Santé Communautaire (ASC) ont reçu une formation sur la Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l’Enfant au niveau communautaire pour la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans la communauté en 2018-2019 ;
* 595 Bio technologistes formés sur le diagnostic microscopique en 2018-2019 ;
* 56 cadres et agents de santé formés sur la Surveillance et le Suivi/Evaluation en 2019-2020 ;
* 25 cadres de santé issus des districts formés au 1er cours national de Paludologie en 2020 ;
* 10 Conseillers Techniques Régionaux (CTR) et 7 agents du PNLP ont été formés sur l’utilisation du DHIS2 en 2018.
* 1129 agents de santé et communautaires ont été formés à la mise en œuvre de la pulvérisation intra domiciliaire (PID)
* **Equipements et infrastructures**
* Acquisition de 256 microscopes pour le diagnostic du paludisme de 2018 à 2020 ;
* Acquisition de 50 Fourgonnettes, 03 véhicules 4X4 et 15 autres véhicules au profit des districts sanitaires pour le transport des intrants du système de santé au dernier km en 2018 ;
* Mise en place du logiciel mSupply pour la gestion des intrants au niveau de certains districts et régions ;
* Rénovation de 15 Pharmacies des structures publiques en 2018-2019.

### Situation de la lutte contre le paludisme

#### Cadre institutionnel, programmatique et organisationnel de la lutte

La Direction Générale de la Santé assure la coordination des activités des programmes prioritaires dont fait partie le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

La mise en œuvre des activités au niveau opérationnel est coordonnée par les Directions Régionales et Départementales de la Santé.

L’arrêté 371/MSHP/CAB du 4 octobre 2007 fixe l’organisation et le fonctionnement du PNLP.

Le PNLP est dirigé par un Directeur Coordonnateur secondé par un adjoint. Ces deux directeurs sont assistés par six chargés d’études, responsables des services ci-après : service de prise en charge ; service de communication et du partenariat ; service de prévention ; service recherche ; service de l’épidémiologie, de suivi et évaluation puis de la planification ; service administratif et financier.

Entité publique, le PNLP ne dispose pas de ressources financières propres en dehors des subventions de l’Etat et des fonds alloués par les partenaires financiers.

#### Profil épidémiologique du paludisme

En Côte d’Ivoire, le paludisme sévit sous un mode endémique avec une transmission permanente et des recrudescences en saison de pluies.

Selon le RASS 2018, l’incidence du paludisme dans la population générale est passée de 164,1‰ en 2017 à 189,9‰ en 2018, soit une hausse de 15 ‰. Les plus faibles incidences ont été observées dans les régions sanitaires d’Abidjan1-Grands-Ponts (79,5‰), Abidjan 2 (88,1‰) et Poro-Tchologo-Bagoué (155,1‰).

Les régions sanitaires de Kabadougou-Bafing-Folon (347,8‰), Indenié-Djuablin (324,7‰) et Gbêkê (317,1‰) ont eu les incidences les plus élevées.

Il en est de même chez les enfants de moins de cinq ans, pour lesquels, le taux d’incidence nationale du paludisme est en hausse, elle est passé de 281,8‰ en 2017 à 492,9‰ en 2018 soit une hausse de 74,9‰.

Le paludisme demeure un problème de santé publique en Côte d’Ivoire. Son incidence est en hausse dans la population générale passant de 155‰ en 2016 à 191‰ en 2019 (PSN 2021-2025).

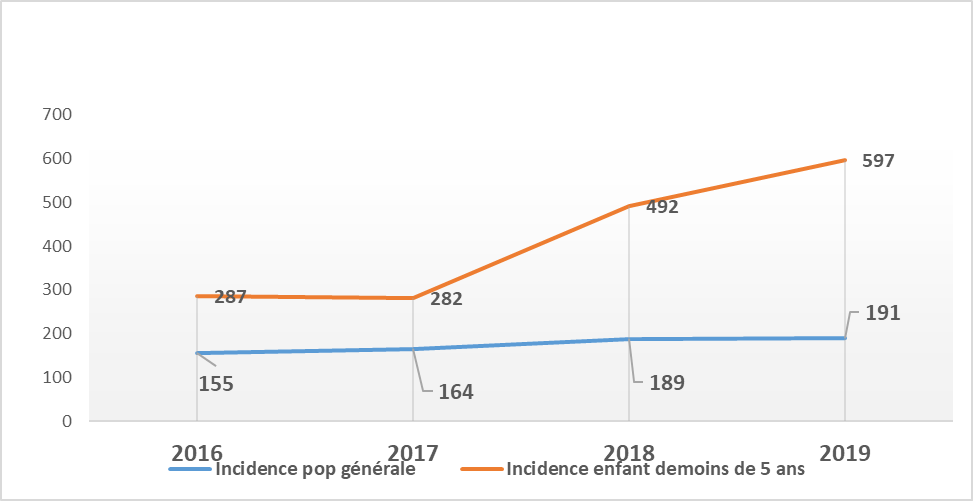


Figure 1: Evolution de l’incidence de 2016 à 2019

##### Distribution du parasite

La situation vectorielle demeure inchangée avec : i) principal vecteur : *Anopheles gambiae* (95%) ; ii) principale espèce causale : *Plasmodium falciparum* (94,5%) ; iii) taux d’inoculation entomologique : 400 à 789 piqûre infestante par habitant par an(pi/h/an).

La prévalence parasitaire nationale est de 37%. Les prévalences parasitaires les plus élevées se retrouvent dans les régions sanitaires du Centre et de l’Est du pays contre les plus faibles dans les régions sanitaires d’Abidjan (EPPA, 2016).

Les données d’études récentes (enquête MICS 2016, rapport PNLP 2018) ne relèvent pas de variations particulières dans la répartition des espèces plasmodiales rencontrées dans le pays. *Plasmodium falciparum* demeure toujours l’espèce prédominante. Il est en cause dans plus de 95% des cas. Toutefois, d’autres espèces sont rencontrées en Côte d’Ivoire dans moins de 5% des cas. Il s’agit de *Plasmodium malariae* et *Plasmodium ovale* et plus rarement *Plasmodium vivax*.

##### Résistance parasitaire et tolérance aux CTA

En Côte d’Ivoire, seule la résistance de *Plasmodium falciparum* a été étudiée. Quatre ans après l’adoption des CTA dans les directives nationales survenue en 2005, la recherche de la résistance des parasites aux CTA a démarré dans les sites sentinelles en 2009. D’après les derniers résultats des tests d’efficacité thérapeutique (TET) publiés en 2019 sur ces sites (Rapport PNLP 2019), l’Artésunate-Amodiaquine (ASAQ) et l’Artéméther-Luméfantrine (AL) gardent toujours un taux d’efficacité thérapeutique supérieur à 95% après correction PCR. Le taux de succès cumulé à J28 a été de 100% avec l’ASAQ sur les sites d’Abengourou, Korhogo, Man, San-Pedro et Yamoussoukro. Avec l’AL, ce taux a varié de 94,6% à 100% à J28. Aucun échec thérapeutique précoce n’a été observé dans les différents sites avec les deux médicaments. Des cas de recrudescences des cas de paludisme ont été observés sur les sites de Bouna et d’Adzopé. Aucun retard de clairance parasitaire n’a été observé sur l’ensemble des sites. Par ailleurs les deux CTA recommandées ont été bien tolérées. Une étude observationnelle ciblant uniquement l’ASAQ au cours de 15 161 épisodes palustres menée à Agboville de 2010 à 2013, a montré un taux de tolérance de 87%, taux d’incidence des évènements indésirables de 13% et taux d’observance du traitement de 97,2%, avec seuls 2,8% des patients qui ont arrêté le traitement pour évènement indésirable (Assi et al., 2017). Cependant, les recrudescences de cas de paludisme observées à Bouna et à Adzopé interpellent le PNLP à plus de vigilance dans la surveillance de l’efficacité des CTA en Côte d’Ivoire.

##### Bionomie des vecteurs

Le taux d’anthropophilie varie selon les espèces et les sites. Les études entomologiques menées en 2019 révèlent des taux élevés d’exophagie chez *A. gambiae* s.l. en milieu urbain à Abengourou (62%), à Adzopé (80%), à Aboisso (65%) et à Abidjan (55%). Cependant en milieu rural, de forts taux d’endophagie ont été notés pour ce vecteur à Aboisso (59%), à Bouna (65%), à San Pedro (65%) et à Man (55%) (Rapport GSA/PNLP, 2019). Ainsi, le comportement de piqûres varie selon le milieu : les vecteurs piquent de préférence à l’extérieur des habitations en milieu urbain et à l’intérieur des habitations en milieu rural.

##### Stratification de la transmission du paludisme

Sur la base des données d’incidence annuelle du paludisme de 2018, les données de transmission du paludisme ont été stratifiées. Ainsi on distingue 5 niveaux d’endémicité classés en niveau très faible, faible, modéré, élevé et très élevé, qui couvrent respectivement 2%, 17%, 30%, 18% et 34% de la population. Le paludisme demeure toujours endémique en Côte d’Ivoire avec 81% de la population vivant dans les régions où l’incidence annuelle varie de 300‰ à plus de 500 ‰ habitants. Par ailleurs, les données de l’enquête de prévalence parasitaire du paludisme et de l’anémie chez les enfants âgés de 6 à 59 mois (EPPA 2016) révèlent une prévalence parasitaire moyenne de 37%.

Ces données de stratification montrent l’existence d’éventuels facteurs de vulnérabilité dans les zones à forte incidence. La recherche de ces facteurs sera prise en compte dans les prochaines enquêtes de service.

# DESCRIPTION DU PROGRAMME

## But et principaux axes d’interventions du PSN 2021-2025

Le but du PSN 2021-2025 est de contribuer de manière significative à l'amélioration du bien-être de la population en réduisant le fardeau du paludisme d'ici 2025.

En lien avec la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030, les objectifs PSN 2021-2025 sont :

• D'ici fin 2025, réduire les taux de mortalité lié au paludisme d'au moins 75% par rapport à 2015

• D'ici fin 2025, réduire l'incidence des cas de paludisme d'au moins 75% par rapport à 2015

• D'ici fin 2025, renforcer et maintenir les capacités de gestion, de coordination et de partenariat du programme pour atteindre les performances à tous les niveaux.

Sur la base de la revue de la performance du programme de lutte contre le paludisme réalisé en 2019, le PNLP et ses partenaires ont opté pour l’approche stratifiée pour toutes les interventions.

.

Les principales interventions portent sur :

* **Lutte anti vectorielle**
* Le maintien et le renforcement des stratégies de Lutte Anti Vectorielle (MILDA, PID, LAL) ;
* La mise en œuvre de la stratégie de distribution des MILDA au niveau communautaire et dans les écoles maternelles et préscolaires ;
* Le renforcement de la distribution des MILDA dans les sites spécifiques (garnisons, prisons, internats, foyers…) ;
* Le renforcement des capacités des communautés à la reconnaissance et à la destruction des gîtes larvaires ;
* Le renforcement de la sensibilisation sur l’utilisation des MILDA.
* **Chimio prévention**
* Renforcement de la stratégie du rappel des rendez-vous des femmes enceintes pour les CPN à travers la téléphonie mobile (SMS et messagerie Vocale) ;
* Renforcement des consultations en stratégies avancées et intensification de la recherche des femmes enceintes perdues de vue afin d’améliorer la couverture du TPI (au moins 3 doses de SP);
* Promotion de la stratégie DOT dans le cadre du TPI ;
* Renforcement de la sensibilisation des femmes enceintes sur l’importance des CPN à travers les Groupements Féminins, les maris modèles et les leaders communautaires ;
* Renforcement de la disponibilité de la SP pour le TPI aux postes de CPN ;
* Mise en œuvre pilote du Traitement Préventif Intermittent par la SP chez le nourrisson (TPIn).
* **Prise en charge des cas**
* Renforcement de la disponibilité permanente des médicaments et Intrants de Lutte contre le Paludisme (ILP) au niveau des sites de prestations y compris la communauté ;
* Décentralisation de la mise en œuvre de l’enquête ABC au niveau régional et départemental afin de renforcer et garantir la gestion optimale des intrants ;
* Réalisation annuelle d’une enquête EUV pour évaluer le fonctionnement de la chaine d’approvisionnement et l’application des directives de PEC du Paludisme ;
* Renforcement de la couverture universelle pour la prise en charge correcte des cas (confirmation systématique et traitement) au niveau de toutes les structures sanitaires publiques et privées ;
* Renforcement du passage à échelle de l’iCCM pour atteindre la couverture universelle pour la prise en charge correcte des cas de paludisme simple dans la communauté y compris les districts d’Abidjan ayant des zones rurales ;
* Contribution au renforcement du système national de pharmacovigilance ;
* Orientation des pharmaciens et auxiliaires des officines privées sur les directives nationales.
* **Communication pour le changement social et comportemental (CCSC)**
* Développement d’une approche de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) ciblant les populations vulnérables et difficiles d’accès (situées à moins de 5 km d’un centre de santé, gros villages, zones d’accès difficile y compris les DDS d’Abidjan) ;
* Renforcement du mécanisme de redevabilité avec l’observatoire communautaire (comité de veille de la gratuité, de l’exactitude des coûts des actes et d’autres mauvaises pratiques…) ;
* Exploitation d’autres canaux de communication (réseaux sociaux, écrans publicitaires…) ;
* Mise à échelle de la sensibilisation sur le paludisme en milieu scolaire ;
* Renforcement du partenariat avec le programme national de promotion de la médecine traditionnelle en vue de l’implication des praticiens de la médecine traditionnelle dans la sensibilisation de la population sur le paludisme.
* **Surveillance, Suivi/Evaluation et Recherche Opérationnelle**
* Renforcement du système de contrôle de qualité des données de routine (validation sur site par le point focal paludisme, CSE et le responsable de l’aire sanitaire) ;
* Maintien de la recherche opérationnelle sur l’efficacité des interventions de lutte contre le Paludisme (enquêtes sur les déterminants du comportement des prestataires en matière de rapportage des données et d’adhésion aux directives de prise en charge des cas…) ;
* Renforcement du système de surveillance (entomologique, parasitologique, épidémiologique et anthropologique) ;
* Renforcement du suivi/évaluation des interventions à tous les niveaux y compris la communauté ;
* Initiation d’études d’évaluation sur les conditions de mise en œuvre du TPI nourrisson ;
* Mise en œuvre d’une étude pilote sur la chimio prophylaxie saisonnière.
* **Gestion du programme**
* Renforcement des capacités de gestion et de coordination du PNLP (restructuration de la direction de coordination, organigramme…) ;
* Développement et mise en œuvre d’un plan de renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre de la lutte contre le paludisme ;
* Renforcement de la multisectorialité dans la lutte contre le paludisme ;
* Développement de stratégies et mise en œuvre d’un plan de mobilisation de ressources pour soutenir la lutte contre le paludisme (Plaidoyer) ;

Mise en place d’un système d’auto évaluation de la gestion du programme.

## Cadre conceptuel

Différents facteurs/déterminants qui influencent l’affection du paludisme en Côte d’Ivoire ;

La figure ci-dessous présente le cadre conceptuel de la lutte contre le paludisme.

**Facteurs environnementaux**

- Climatiques (T° 20-40°)

-Assainissement du milieu

- Profession de nuit : pêcheurs, riziculteurs, orpailleurs…

- Logements

**Politiques**

- Création PNLP

- Existence Politique de traitement

**Système de santé**

-Accessibilité,

Utilisation des services

-Disponibilité des intrants

-Diagnostic

-Prévention

-PEC

**Facteurs liés à l’individu**

- Age (enfants<5ans)

- Femmes enceintes

- Comportements / Mode de vie

**Affections associées**

-Anémie

-Malnutrition

-Rougeole

-VIH/Sida

**Facteurs socio culturels, démographiques**

- Croyances,

- Niveau de connaissance sur lemode de transmission

- Conflit sociopolitique

- Forte natalité

**Facteurs liés**

**au parasite et vecteur**

(*P.Falciparum* 95-99% des cas, *Anopheles gambiae : principal vecteur*)

Figure 2: Cadre conceptuel de la lutte contre le paludisme

## Cadre logique

La mesure des performances et de l’impact des interventions de lutte antipaludiques mise en œuvre doit prendre en compte les différentes étapes du cadre programmatique de la lutte contre le paludisme, notamment les indicateurs en rapport avec :

* Les intrants : ressources humaines, matérielles et financières investies ;
* Le processus de mise en œuvre des activités : exemple le nombre de personnel formé, de réunions organisées, de supervisions réalisées, de MILDA, d’antipaludiques distribués, TDR réalisés… ;
* Les résultats du programme à court, moyen et long terme : couvertures, impact des interventions.

-Adoption comportements souhaitésrsonnes dormant sous MILDA

-Femmes enceintes sous TPI

-Consultations et traitement dans les 24 heurespersonnes avec fièvre

-Assainissement du milieu de vie

Population protégée contre les piqures de moustique

Matériels didactiques/ supports

* Destruction des gites larvaires
* PID

Matériels de labo/ Plateau technique

Personnes/ Groupes cibles sensibilisés

Sensibilisation des populations et groupes cibles

Médicaments

MILDA

Personnes ayant reçu des MILDA

Femmes enceintes ayant reçu 3 doses de SP

Confirmation des cas de paludisme (TDR, GE/FS)

Ressources humaines

Patients guéris

  Offre gratuite des Prestations de soins et services:

- PEC

- Prévention: MILDA, SP

Patients traités contre le paludisme

Ressources financières

PEC correcte du Paludisme

Formation des acteurs

Acteurs formés à la PEC

Infrastructures sanitaires

Localités assainies

Matériels & produits pour PID et pour la Destruction des gites larvaires

**Intrants**

**Processus**

**Effets**

**Extrants/ Produits**

**Impacts**

Réduction de la morbidité et de la mortalité

Réduction des dépenses de santé lié au paludisme des menages

Impact socio-économique favorable

Couverture Maladie Universelle

Figure 3: Modèle logique pour le suivi/évaluation de la lutte contre le paludisme

L’impact des efforts du Programme dans la lutte contre le Paludisme sera apprécié à travers la réduction de la morbidité et de la mortalité liée au paludisme et de la réduction des dépenses de santé des ménages

# DESCRIPTION DES INDICATEURS

Les indicateurs montrent comment les programmes mesurent les progrès accomplis vers un objectif précis.

Le tableau ci-dessous décrit les indicateurs sélectionnés pour le suivi et l’évaluation des programmes de lutte contre le paludisme ainsi que les sources de données et la fréquence de la collecte.

Tableau 2: liste des indicateurs sélectionnés pour le suivi et l’évaluation des interventions de lutte contre le paludisme

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs** | **Définitions** | **Mode de calcul** | **Sources des données** | **Données de base** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| **Indicateur d’intrant** |
| Proportion du financement national alloué au paludisme | C’est le financement du paludisme apporté par l’état de Côte d’Ivoire rapporté au financement global du paludisme apporté par l’état de Côte d’Ivoire et les partenaires | Numérateur  Financement du paludisme apporté par l’état de Côte d’Ivoire  Dénominateur  Financement global du paludisme apporté par l’état de Côte d’Ivoire et les partenaires | Rapport comptes nationaux de la santé | Non disponible |  |  |  |  |  |
| Existence de modules de formation sur les différentes thématiques de lutte contre le paludisme | Existence de modules de formation actualisés sur les différentes thématiques de lutte contre le paludisme | Vérification de l’existence de modules de formations actualisés sur les différentes thématiques de lutte contre le paludisme  NB Un module est considéré comme actualise lorsqu’ il a subi des modifications dans les 12 derniers mois | Rapport  PNLP | Existence de modules de formation sur les différentes thématiques de lutte contre le paludisme |  |  |  |  |  |
| **Indicateur de coordination (intrant)** |
| Existence d’un PSN et Plan de suivi-évaluation, d’un PAO | Existence de documents normatifs de coordination (PSN, PSE, PAO) | Vérifier l’existence de documents normatifs de coordination (PSN, PSE, PAO) | Rapport PNLP | PSN 2016-2020 et  PSE 2016-2020 | PSN 2021-2025 et  PSE | PAO | PAO | PAO | PSN 2025 - 2030 |
| Existence d’un arrêté portant création du comité national de lutte contre le Paludisme | Existence d’un arrêté portant création du comité national de lutte contre le Paludisme | Vérifier l’existence de l’arrêté portant création du comité national de lutte contre le paludisme | Rapport PNLP | Absence d’arrêté portant création d’un comité national de lutte contre le paludisme | Prise de l’arrêté portant création du comité national de lutte contre le paludisme |  |  |  |  |
| **Indicateur de processus** |
| Nombre total de traitements de paludisme simples (CTA) administrés dans les formations sanitaires publiques | C’est le nombre de patients ayant bénéficié d’un traitement (CTA) de paludisme simple dans les formations sanitaires publiques | comptage | SNIS | 4 701 063  (2019) | 4 412 519 | 4 810 198 | 4 935 263 | 5 063 580 | 5 195 233 |
| Nombre total de traitements de paludisme simples (CTA) administrés dans les formations sanitaires privées | C’est le nombre de patients ayant bénéficié d’un traitement (CTA) de paludisme simple dans les formations sanitaires privées | Comptage | SNIS | 98 680  (2019) | 110 447 | 131 090 | 145 466 | 160 501 | 176 218 |
| Nombre total de traitements de paludisme simples (CTA) administrés dans la communauté | C’est le nombre de patients ayant bénéficié d’un traitement (CTA) de paludisme simple dans la communauté | Comptage | SNIS | 435 618  (2019) | 949 100 | 1 034 638 | 1 061 539 | 1 089 139 | 1 117 456 |
| Nombre total de tests de diagnostic rapide (TDR) réalisés dans la communauté | C’est le nombre total de tests de diagnostic rapide (TDR) réalisés dans la communauté par l’agent de santé communautaire | Comptage | SNIS | 513 698  (2019) | 1 104 478 | 1 204 020 | 1 235 324 | 1 267 443 | 1 300 396 |
| **Indicateurs de produits** |
| Nombre de prestataires formés par thématique (paludologie, suivi-évaluation, prise en charge ) | Nombre total de prestataires formés en paludologie | Comptage cumulatif | Rapport PNLP | 25  (2020) | 50 | 75 | 100 | 125 | 150 |
| Nombre total de prestataires formés en suivi évaluation | Comptage cumulatif | Rapport PNLP | 56  (2020) | 81 | 106 | 131 | 156 | 181 |
| Nombre total de prestataires formés sur les directives de prise en charge du paludisme (30 agents/HR\*113 plus 10 agents/ clinique\*120) le tout repartis sur les 5 années : 920/an (ECD ERS) | Comptage cumulatif | Rapport PNLP | 4469  (2019) | 5389 | 6309 | 7229 | 8149 | 9069 |
| **Indicateurs de produits/Communication** |
| Nombre de spots radio/TV sur le paludisme diffusé | C’est le nombre total de spots radio/TV sur le paludisme diffusé sur les radios et télévisions | Comptage | Rapport PNLP | 80 458  (2019) |  |  |  |  |  |
| Nombre de supports IEC produits sur la prévention et le traitement du paludisme | C’est le nombre total de supports IEC produits sur la prévention et le traitement du paludisme | Comptage | Rapport PNLP | Non disponible |  |  |  |  |  |
| Proportion de ménages visités par les relais communautaires (VAD) pour la sensibilisation sur le paludisme | C’est le nombre total de ménages visités par les relais communautaires (VAD) pour la sensibilisation rapporté au nombre de ménages cibles de la zone | Numérateur  Nombre total de ménages visités par les relais communautaires (VAD) pour la sensibilisation  Dénominateur  Nombre de ménages cibles | Rapport des relais communautaires | Non disponible |  |  |  |  |  |
| **Indicateur de produits/couverture** |
| Proportion de structures sanitaires privées mettant en œuvre les interventions de lutte contre le paludisme | C’est l’ensemble des structures sanitaires privées mettant en œuvre les interventions de lutte contre le paludisme y compris le rapportage dans le système d’information national sur l’ensemble des structures sanitaires privés | Numérateur  Nombre de structures sanitaires privées mettant en œuvre les interventions de lutte contre le paludisme  Dénominateur  Nombre total des structures sanitaires privées | Rapport d’enquête (ESS) | Non disponible |  |  |  |  |  |
| Proportion de structures sanitaires mettant en œuvre des interventions communautaires (iCCM, communication) de lutte contre le paludisme | Il s’agit de l’ensemble des structures sanitaires mettant en œuvre les interventions communautaires (iCCM, communication) de lutte contre le paludisme rapporté à l’ensemble des structures sanitaires | Numérateur :  Nombre de structures sanitaires mettant en œuvre des interventions communautaires (iCCM, communication) de lutte contre le paludisme  Dénominateur  Nombre total de structures sanitaires | Rapport d’enquête | Non disponible |  |  |  |  |  |
| **Indicateurs de produits /PID** |
| Proportion de la population protégée par des pulvérisations intra domiciliaires au cours des 12 derniers mois | C’est le nombre de personne protégée par des pulvérisations intra domiciliaires au cours des 12 derniers mois des zones ciblées rapporté au nombre de personnes à risque au cours des 12 derniers mois dans les zones ciblées | Numérateur  Nombre de personnes protégées au cours des 12 derniers mois des zones ciblées  Dénominateur  Population totale au cours des 12 derniers mois des zones ciblées | Rapport de la campagne PID | 95,3%  (2020) |  |  |  |  |  |
| **Indicateurs de produits/Prise en charge** |
| Taux de confirmation des cas de paludisme par goutte épaisse et test de diagnostic rapide | C’est le nombre de test parasitologique dans les structures sanitaires (publiques, privées) avec TDR ou GE dont le résultat est soit positif ou négatif rapporté au nombre total de cas suspects de paludisme sur une période donnée | Numérateur :  Nombre de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans les structures sanitaires (publiques, privées) avec TDR ou GE dont le résultat est soit positif ou négatif  Dénominateur :  Nombre total de cas suspects de paludisme reçus dans les structures sanitaires (publiques, privées) | SNIS | 88%  (2019) | 80% | 85% | 85% | 85% | 85% |
| Proportion de cas de fièvre chez les moins de 5 ans testés par TDR dans la communauté(ASC) | C’est le nombre d’enfants de moins de 5 ans dans la communauté ayant eu une fièvre (corps chaud) notifié et testés par TDR par un ASC rapporté au nombre d’enfants de moins de 5 ans dans la communauté ayant eu une fièvre (corps chaud) notifié par l’ASC | Numérateur  Nombre d’enfants de moins de 5 ans dans la communauté ayant eu une fièvre (corps chaud) notifié et testés par TDR par un ASC  Dénominateur : Nombre d’enfants de moins de 5 ans dans la communauté ayant eu une fièvre (corps chaud) notifié par l’ASC | SNIS | 100%  (2019) | 80% | 85% | 85% | 85% | 85% |
| Proportion de cas de paludisme simple pris en charge selon les directives dans les formations sanitaires | C’est le nombre de cas de paludisme simple pris en charge selon les directives dans les formations sanitaires rapporté au nombre total de cas de paludisme simple dans les formations sanitaires | Numérateur  Nombre de cas de paludisme simple pris en charge dans les formations sanitaires  Dénominateur : Nombre total de cas de paludisme simple dans les formations sanitaires | Rapport enquête | 96%  (2019) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Proportion de cas de paludisme graves pris en charge selon les directives dans les formations sanitaires | C’est le nombre de cas de paludisme grave pris en charge selon les directives dans les formations sanitaires rapporté au nombre total de cas de paludisme graves dans les formations sanitaires | Numérateur :  Nombre de cas de paludisme grave pris en charge selon les directives dans les formations sanitaires  Dénominateur : Nombre de cas de paludisme grave dans les formations sanitaires | Rapport enquête | 85%  (2019) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| **Indicateurs de produits/MILDA** |
| Pourcentage de ménages avec au moins une MILDA | C’est le nombre de ménages avec au moins une MILDA rapporté au nombre total de ménages visités lors de l’enquête | Numérateur :  Nombre de ménages avec au moins une MILDA  Dénominateur : Nombre total de ménages visités lors de l’enquête | EDS / Enquête post campagne | 80,8% (EPC 2019) |  |  | 90% |  | 90% |
| Pourcentage de ménage avec une MILDA pour 2 personnes | C’est le nombre de ménages avec une MILDA pour 2 personnes rapporté au nombre total de ménages visités lors de l’enquête | Numérateur :  Nombre de ménages avec une MILDA pour 2 personnes  Dénominateur : Nombre total de ménages visités lors de l’enquête | EDS / Enquête post campagne | 56%  (2019) |  |  | 75% |  | 90% |
| **Indicateur d’effets** |
| Pourcentage de la population ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête | C’est le nombre de personnes ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête rapporté à la population totale lors de l’enquête | Numérateur :  Nombre de personnes ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l’enquête  Dénominateur : population totale lors de l’enquête | EDS / Enquête post campagne | 63,20%  (2019) |  |  | 75% |  | 80% |
| Pourcentage d’enfants âgés de moins de cinq ans ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête | C’est le nombre d’enfants âgés de moins de cinq ans ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête rapporté au nombre total d’enfants âgés de moins de cinq ans lors de l’enquête | Numérateur :  Nombre d’enfants âgés de moins de cinq ans ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l’enquête  Dénominateur : Population d’enfants âgés de moins de cinq ans lors de l’enquête | EDS / Enquête post campagne | 71%  (2019) |  |  | 80% |  | 80% |
| Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête | C’est le nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête rapporté au nombre total de femmes enceintes lors de l’enquête | Numérateur :  Nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l’enquête  Dénominateur : Population de femmes enceintes lors de l’enquête | EDS / Enquête post campagne | 68,60%  (2019) |  |  | 77% |  | 80% |
| Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de SP en TPI au cours des CPN | C’est le nombre de femmes enceintes qui ont reçu trois doses de SP en TPI rapporté au nombre total de femmes enceintes vu en CPN1 | Numérateur :  Nombre de FE vues en CPN ayant reçu au moins trois doses de SP  Dénominateur : Nombre total de femmes vues en CPN1 | SNIS | 45% (2019) | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de SP en TPI au cours de leur dernière grossesse | C’est le nombre de femmes enceintes qui ont reçu trois doses de SP en TPI au cours de leur dernière grossesse rapporté au nombre total de femmes ayant eu une grossesse l’année précédant l’enquête | Numérateur :  Nombre de FE vues en CPN ayant reçu au moins trois doses de SP  Dénominateur : Nombre total de femmes enquêtés | EDS  MICS | 53%  (2019) | 58% |  |  |  | 80% |
| Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures de prévention du paludisme | C’est le nombre de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures de prévention du paludisme rapporté à la Population totale enquêtée | Numérateur :  Nombre de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures de prévention du paludisme  Dénominateur : Population totale enquêtée | Enquête (MICS) | 91,4% (enquête sur les déterminants 2018) |  |  | 97% |  |  |
| **Indicateur Impact** |
| Taux de mortalité palustre en hospitalisation | C’est le nombre de décès dus au paludisme grave dans les hôpitaux de référence rapporté au nombre total de cas paludisme grave hospitalisé dans les hôpitaux de référence | Numérateur  Nombre de décès dus au paludisme grave dans les hôpitaux de référence  Dénominateur  Nombre total de cas paludisme grave hospitalisé dans les hôpitaux de référence | SNIS /RASS | 6,4/100  (2019) | 5, 9/100 | 5,4/100 | 4,9/100 | 4,4/100 | 3,9/100 |
| Taux de mortalité palustre en ambulatoire | C’est le nombre de décès dus au paludisme rapporté au nombre total de cas paludisme en ambulatoire (confirmé et présumé) | Numérateur :  Nombre de décès dus au paludisme  Dénominateur : Nombre total de cas paludisme en ambulatoire (confirmé et présumé) | EDS | 96,2 ‰  (2016) | 91,1‰ |  |  |  | 72,2‰ |
| Taux de positivité des tests de paludisme (TDR et/ou frottis sanguins) | C’est le nombre des tests positifs (GE ou TDR) au cours d’une période donnée rapporté au nombre total de tests réalisés (TDR ou GE) sur la même période donnée | Numérateur  Nombre des tests positifs (GE ou TDR) au cours d’une période donnée  Dénominateur  Nombre total de tests réalisés (TDR ou GE) sur la même période donnée | Enquête de service / SNIS | 79%  (2019) | 77% | 77% | 77% | 77% | 77% |
| Indice parasitaire annuel | C’est le nombre de nouveaux cas de paludisme confirmés par un examen microscopique ou par TDR, rapporté à la population exposée au risque de paludisme | Numérateur   Nombre de nouveaux cas de paludisme confirmés par un examen microscopique ou par TDR au cours d'une période donnée  Dénominateur Nombre de personnes vivant dans les zones de transmission du paludisme | Enquête | 217‰  Rapport PNLP 2019 | 217‰ | 207‰ | 197‰ | 187‰ | 177‰ |

N.B : les feuilles de référence des indicateurs sont en annexe.

# ACTIVITES DE SUIVI

Les données de suivi permettent aux équipes de programme de documenter les interventions en cours et leurs résultats pour éclairer les programmes futurs et informer sur les éléments clés du succès[[2]](#footnote-2).

La gestion des données regroupe la collecte, le traitement, l’analyse des données et leur archivage. Elle se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans les différents domaines de lutte contre le paludisme à savoir :

- la prise en charge des cas ;

- la lutte anti vectorielle ;

- la chimio prévention ;

- la communication pour le changement social et comportemental ;

- la surveillance suivi évaluation et recherche opérationnelle ;

- et la gestion du programme.

Le mécanisme de la gestion des données paludisme de routine ne diffère pas de celle des autres domaines de santé. Elle s’inscrit dans le cadre des procédures établies par le manuel de de gestion des données sanitaires de 2018.

## La collecte des données de routine de lutte contre le paludisme

Les données liées au suivi seront collectées de façon routinière à travers le système d’information sanitaire de routine SNIS pour les données cliniques et logistiques. En effet, les données sur chaque pathologie y compris le paludisme sont collectées par le SNIS à tous les trois niveaux de la pyramide sanitaire. Ces données sont utiles pour suivre l'utilisation des services de prise en charge des cas, la chimio prévention, la lutte anti vectorielle (MILDA), la communication pour le changement social et comportemental et la gestion de la logistique des médicaments anti paludiques au niveau de l'établissement de santé et ou de la communauté. La collecte de routine est souvent passive mais peut être aussi active à travers les supervisions et réunions de validation des données de morbidité et de consommation des intrants de lutte contre le paludisme.

La collecte de l’information est faite avec les outils de collecte standardisés du SNIS dans toutes les formations sanitaires. Le circuit de l’information respectera les différents niveaux de la pyramide sanitaire tel que décrit dans le manuel de procédures de gestion des données.

La collecte des données de routine se fera à plusieurs niveaux :

* ***Au niveau communautaire :*** Les agents de santé communautaire collectent de façon continue les données liées à la mise en œuvre des activités communautaires planifiées dans le cadre de l’iCCM et la sensibilisation. Ces données seront transmises chaque mois par l’ASC à son superviseur (responsable de l’aire sanitaire).
* ***Au niveau des centres de santé***: Les agents de santé en charge de l’élaboration du rapport mensuel font la synthèse des données transmises par les agents de santé communautaire de leur aire de santé. Ils font cette synthèse en deux copies dont une est transmise à leur District sanitaire et ils conservent pour archivage la deuxième copie au niveau du centre de santé. Ils élaborent également le rapport spécifique de la structure. Les responsables des aires de santé effectuent aussi la collecte active à travers des supervisions mensuelles en direction des ASC afin d’apprécier la qualité des prestations et des données collectées.

Les centres de santé confessionnels, privés des entreprises et privés à but lucratif transmettront également leur rapport d’activités mensuel aux districts sanitaires auxquels ils sont rattachés.

* ***Au niveau des districts sanitaires***: Les Chargés de Surveillance Epidémiologique (CSE) saisissent mensuellement les données transmises par les centres de santé dans le Sigsanté/DHIS2.

En outre, les Equipes Cadres de Districts font en fonction de la disponibilité des ressources chaque deux mois des visites de supervision en direction des agents des centres de santé et organisent semestriellement un contrôle de la qualité des données. Des réunions de coordination et de validation des données sont organisées trimestriellement en vue de faire la synthèse des activités menées et apprécier le niveau de performance atteint.

La périodicité de collecte des indicateurs du programme est précisée dans le tableau des indicateurs ci-dessus ainsi que dans le cadre de performance du PSN 2021-2025.

La surveillance des sites sentinelles fait partie du suivi des indicateurs du programme.

Les données spécifiques de surveillance épidémiologique et entomologique sont également collectées dans 36 sites sentinelles.. Dans ces sites sentinelles, en dehors des données de routine, des données de pharmacovigilance et de surveillance entomologique sont recueillies. Ces données sont collectées et compilées de façon mensuelle à travers les points focaux de district identifiés à cet effet.

## Traitement, analyse et archivage

* ***Au niveau communautaire*** : l’ASC vérifie le remplissage correct des outils et la cohérence des données, compile les données de son aire, rédige le rapport et le transmet à son superviseur qui valide le rapport avec lui. Il partage les informations avec la communauté au cours des mobilisations de proximité. Il récupère un exemplaire des rapports validés par le responsable du centre de santé et le range dans un espace aménagé à cet effet.
* ***Au niveau de l’établissement sanitaire*** ***y compris les hôpitaux de référence*** : l’agent de santé en charge de la gestion des données vérifie le remplissage des outils de collecte, la concordance et la cohérence des données. Il, fait une contre vérification entre les données du rapport et celles contenues dans les outils primaires des services. Il compile les données, élabore le rapport mensuel de la structure. Il calcule les indicateurs, les analyses et les interprète pour la prise de décision et transmet le rapport au district. Il archive les outils de collectes et les rapports mensuels dans un espace aménagé dans le centre de santé et fait une retro information à toutes les parties prenantes. Concernant les données communautaires, l’agent de santé superviseur de l’ASC vérifie le remplissage correct des outils et la cohérence des données, compile les données de son aire sanitaire, rédige le rapport.
* ***Au niveau du district sanitaire*** : le gestionnaire de données vérifie la complétude des items du rapport du centre de santé et la cohérence des données. Il les saisit dans l’application DHIS2, les vérifie et les valide. Il présente les données sous forme de de graphiques ou tableaux, les interprète et les partage avec l’équipe cadre de district. L’archivage est réalisé de façon automatique dans le DHIS 2.

En plus des missions de contrôle de la qualité des données, les réunions de validation des données seront organisées par les équipes cadres de district.

* ***Au niveau de la direction régionale de la santé*** : le gestionnaire des données visualise les données saisies au niveau du district, les interprète pour la prise de décisions.
* ***Au niveau de la Direction de l’Informatique et de l’Information Sanitaire (DIIS)***: la DIIS analyse, interprète les données et fait la rétro information à la région et au district en matière de complétude, promptitude et cohérence des données. La DIIS élabore le rapport annuel sur la situation sanitaire de manière périodique (RASS). Au niveau central, une exportation des données sanitaires est faite par la DIIS et importé dans la matrice de cohérence de données. Les districts sont invités à faire la correction des incohérences. Le PNLP en collaboration avec la DIIS organise des missions périodiques de contrôle de la qualité des données avec les équipes du niveau déconcentré.
* ***Au niveau du PNLP à travers le service de suivi-évaluation et les membres décentralisés (les Conseillers Techniques Régionaux)*** : ils ont accès au DHIS2 et peuvent de façon trimestrielle faire une extraction de données concernant les indicateurs du paludisme, les valider avec la DIIS pour les besoins en information et l’élaboration des rapports spécifiques. Cette équipe peut aussi analyser les données liées au paludisme à travers les tableaux de bord et documenter l’évolution des indicateurs. Le PNLP envisage d’acquérir une base de données intégrant toutes les données de programme. Il s’agira de réaliser une réplique de la base DHIS2 avec les indicateurs du paludisme, une compilation des données de la gestion logistique et des données d’évaluation et de recherche. Par ailleurs, le PNLP en collaboration avec ses partenaires organisent des missions d’appui à la vérification de l’exactitude des données au niveau des établissements sanitaires sélectionnées en fonction de la revue de la qualité des données de DHIS2 y compris les données communautaires. Un audit sur la notification des cas et décès est planifié de manière annuelle pour apprécier la qualité des données de mortalité disponible dans DHIS2.

# ACTIVITES D’EVALUATION

***Revue des programmes, évaluations et enquêtes***

Les revues des programmes, les évaluations et les enquêtes constituent des outils incontournables pour évaluer la mise en œuvre des programmes et mesurer les progrès dans l’atteinte des objectifs.

***Revue des performances du programme***

La revue des performances permet d’identifier non seulement les progrès réalisés en termes de résultats mais aussi les meilleures pratiques, les goulots d’étranglement et leurs causes afin de mener des actions correctrices en vue d’améliorer la mise en œuvre du programme.

Pour le PSN 2021-2025, il est prévu une revue à mi-parcours en 2023.

***Les enquêtes et recherches***

Les enquêtes permettront de mesurer les indicateurs de résultats et d’impact liés aux objectifs spécifiques du programme dans le cadre du Plan stratégique 2021-2025.

Du fait de leur approche méthodologique et rigoureuse, les enquêtes donnent une mesure plus fiable des indicateurs au niveau de la population.

Les évaluations et/ou enquêtes doivent répondre aux besoins en informations et aux questions de recherche liées à l’efficacité du programme et à l’atteinte des objectifs du PSN 2021-2025.

Au niveau des formations sanitaires, des enquêtes de services sont prévues dans les secteurs public et privé dans le but d’apprécier la qualité de la prise en charge en fonction des directives nationales. Une enquête sur l’efficacité résiduelle des MILDA est prévue durant l’année 2 dans les 12 districts sentinelles.

Sur le plan de la surveillance entomologique, deux études sur la transmission vectorielle seront conduites au niveau des 12 districts sentinelles et deux autres sur la résistance des vecteurs aux insecticides seront conduites dans 06 districts sentinelles. Les études sur la cartographie du risque palustre seront poursuivies toutes les deux années.

Dans le cadre de la surveillance de l’efficacité thérapeutique, deux études sur l’efficacité et la tolérance des CTA et de la SP seront conduites tous les deux ans.

Un programme de recherche opérationnelle sera aussi mis en place en collaboration avec le Groupe Scientifique d’Appui (GSA) du PNLP et mis en œuvre avec les institutions de recherche nationale sur des thèmes variés de la lutte antipaludique en fonction des besoins en information des domaines d’intervention.

Les enquêtes et recherches programmées en cette période figurent sur le tableau ci-dessous.

Les enquêtes et recherches programmées en cette période figurent sur le tableau ci-dessous.

Tableau 3: Chronogramme des enquêtes et études planifiées de 2021 à 2025

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°N°** | **Enquête/Etude** | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Objet/Questions de recherche** |  |  |  |  | | **Sources de financement** | **Calendrier** | **Portée géographique** | **Responsable** |
| **1** | Enquête de service sur la prise en charge du paludisme dans les secteurs public et privé | Apprécier la qualité de la prise en charge du paludisme et identifier les bonnes pratiques. | FM / CRD / | 2022 / 2024 | Structures sanitaires publique et privée de Côte d’Ivoire | PNLP/ Service Recherche |
| **2** | Audit sur la notification des cas et décès liés au paludisme | Apprécier la qualité des données sur la mortalité à partir des données de routine (DHSI2, outils de collecte de données primaires) | FM | Annuelle | Côte d’Ivoire (113 DS) | PNLP / Service Recherche |
| **3** | Etude chaque 3 ans sur l'efficacité résiduelle des MILDA | mesurer l'efficacité résiduelle des MILDA après la campagne de masse dans les sites sentinelles. | FM / Consortium Entomologie | Année 2 | 12 districts sentinelles de Côte d’Ivoire | PNLP/ Service Recherche |
| **4** | Evaluation de la transmission vectorielle | Disposer des informations sur les vecteurs, le niveau de transmission de la maladie. L’évaluation est effectuée à partir du nombre moyen de piqûres d’anophèles infectées reçues par un sujet humain en une nuit (taux d’inoculation entomologique) | A Rechercher | 2022  2024 | 12 districts sentinelles de Côte d’Ivoire | PNLP/ Service Recherche |
| **5** | Etude sur la résistance des vecteurs aux insecticides | Apprécier l’effet des interventions de LAV sur le taux d’inoculation | FM/ Consortium Entomologie | 2022 / 2024 | 6 districts sentinelles | PNLP/ Service Recherche |
| **6** | Cartographie du risque palustre en Côte d'ivoire | Apprécier le risque palustre par région. | A Rechercher | 2022  2024 | Côte d’Ivoire | PNLP / Service Recherche |
| **7** | Etude sur l'efficacité et la tolérance des CTA dans 8 districts sentinelles chaque 2 ans | Mesurer l’efficacité des traitements | FM / PMI | 2022 / 2024 | 08 districts sentinelles (Man, Korhogo, Yamoussoukro, Abidjan, Adzopé, Daloa, Bouna, Odienné) de Côte d’Ivoire | PNLP/ Service Recherche |
| **8** | Etude sur les conditions d’utilisation, l’efficacité et la tolérance de la SP | Evaluation de l'efficacité du TPIg par la SP sur les indicateurs obstétricaux et néonataux. | A rechercher | 2022  2024 | 12 districts sentinelles | PNLP/ Service Recherche |
| **9** | Enquête socio anthropologique sur les déterminants de la lutte contre le paludisme | Déterminer les comportements des populations et des prestataires vis-à-vis de la lutte contre le paludisme | A rechercher | 2022 | 113 DS de Côte d’Ivoire | PNLP/ Service Recherche |
| **10** | Evaluation post campagne 2020 2021 | Apprécier le processus de la mise en œuvre de la campagne. | FM | 2022 | 113 DS de Côte d’Ivoire | PNLP/ Service Prévention |
| **11** | Enquête sur les Indicateurs du Paludisme | Enquête couplée à la MICS 2021 | FM / UNICEF / INS | 2021 | 113 DS Côte d’Ivoire | PNLP / Service S&E |
| **12** | Evaluation rétrospective | Analyse, évaluations, revue et transparence | FM | 2021 | Côte d’Ivoire | PNLP/ Service S&E |

# PLAN DE DISSEMINATION ET UTILISATION DE L’INFORMATION

## Production de rapports

Toutes les activités de suivi (supervision, monitoring, réunions de coordination) organisées par chaque niveau de mise en œuvre seront assorties de rapports techniques. Le PNLP élabore de façon trimestrielle un rapport à PMI, semestriel au Fonds mondial et un rapport annuel à la Direction Générale de la Santé. Les rapports des évaluations, des études et de recherches réalisés par le PNLP et ses partenaires seront élaborés par les entités en charge de ces activités.

## Diffusion des données validées du programme

La dissémination des résultats sur les performances du programme se fera à travers des rapports périodiques, des bulletins trimestriels de retro-information, des conférences débats, la publication dans des revues indexées et sur les sites WEB du PNLP et du MSHP. Ces rapports seront transmis par courrier en version papier aux partenaires et structures impliquées dans la lutte contre le paludisme. Les réunions mensuelles et trimestrielles de coordination organisées à chaque niveau de mise en œuvre sont des occasions pour diffuser ces bulletins d’information et permettre à l’ensemble des acteurs impliqués de s’informer sur l’état d’avancement des activités. Les réunions du Groupe Scientifique d’Appui, du CCM et les autres cadres de concertation avec le MSHP et les autres partenaires constitueront des moments pour partager les expériences obtenues.

Les données liées au paludisme seront diffusées de façon globale dans l’Annuaire des Statistiques Sanitaires et/ou le RASS, les rapports des études ou recherches et de façon spécifique dans le rapport annuel du PNLP.

## Utilisation de l’information du programme

Le but du système de suivi et évaluation mis en place est l’utilisation des informations pour la prise de décision afin d’améliorer l’efficacité des interventions de lutte contre le paludisme. Les données de suivi et évaluation seront utilisées pour quatre domaines d’actions : (i) plaidoyer pour la recherche de financement complémentaire, (ii) planification opérationnelle et stratégique, (iii3) révision et amélioration des interventions, (iv) l’évaluation des résultats imputables aux interventions de lutte contre le paludisme.

Le tableau ci-dessous décrit le support, la périodicité et le mode de diffusion et d’utilisation de l’information.

Tableau 4: Plan de diffusion et d’utilisation des informations de suivi et d’évaluation

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activité** | **Publique cible** | **Canal** | **Personnes responsable** | **Période** | **Utilisation** |
| Partager les Rapports d’activités au niveau décentralisé | ECD, Districts sanitaires (DS), Equipe Régionale de Santé (ERS), Régions sanitaires (RS), autres acteurs du MSHP | * Réunions de coordination * Sites web * Courriels | DD  DR | Mensuelle | Identification des problèmes, identification de la cause,  Proposition d’actions correctrices |
| Partager les résultats de performances | Régions sanitaires, PNLP, Partenaires, autres acteurs du MSHP | * Réunion de coordination * Courriels * Sites web | PNLP | Semestrielle | Réorientation des stratégies et politiques, Identification des problèmes, des causes,  Proposition d’actions correctrices |
| Partager le bulletin de surveillance sentinelle | Régions et districts sanitaires, PNLP, Partenaires, autres acteurs du MSHP, autres Ministères | * Version papier, * Courriels * Sites web | PNLP | Trimestrielle | Identification des problèmes  Proposition d’actions correctrices |
| Partager les résultats de recherches opérationnelles | Régions et districts sanitaires, PNLP, , autres acteurs du MSHP, Groupe scientifique d’appui (GSA), chercheurs, étudiants, partenaires/bailleurs, CCM | * Conférences scientifiques, * Rapports * Posters * Abstracts * Brochures * Site web | PNLP | Chaque deux ans pour la conférence scientifique | Réorientation des stratégies, Recherche de financement, Recherches opérationnelles |
| Partager les documents de standards opérationnels en matière de qualité des prestations de lutte contre le paludisme offertes dans les structures de santé | Régions et districts sanitaires, Prestataires, , autres acteurs du MSHP, Groupe scientifique d’appui (GSA), chercheurs, étudiants, partenaires/bailleurs, CCM, DGS, PNLP, Autres Programmes de santé | * Version papier, * Courriels * Sites web | PNLP | Annuelle | Respect des normes des documents de standards opérationnels par tous les prestataires de santé du système pour une prise en charge de qualité;  Démarche de l’agent de santé pour garantir la qualité des prestations offertes : autoévaluation de l’agent de santé |

# COORDINATION DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION

Les différents niveaux du système de santé ont un grand rôle à jouer dans la coordination du plan de suivi-évaluation Les régions sanitaires à travers les Conseillers Techniques Régionaux (CTR) servent de relais entre le PNLP et le niveau opérationnel. Ce niveau est responsable de la coordination et de la supervision des activités de lutte contre le paludisme dans leurs régions y compris la gestion des données liées au paludisme.

# RENFORCEMENT DE CAPACITES

La mise en œuvre effective du plan de suivi-évaluation va nécessiter le renforcement des capacités dans le domaine de la surveillance et de suivi-évaluation. Depuis 2019, le PNLP avec l’appui financier de PMI, technique du projet MEASURE Evaluation et en 2020 de Measure Malaria, organise un cours national en surveillance, suivi et évaluation. Le programme poursuivra durant les années couvertes par le PSN cette formation afin d’accroitre la masse critique des compétences en surveillance, suivi et évaluation.

# PLAN DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI ET EVALUATION

Le plan de mise en œuvre ci-dessous, décrit l’ensemble des activités de suivi et d’évaluation qui seront exécutées par année de 2021 à 2025 ;

Tableau 5: Plan de mise en œuvre pluri annuel

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVITES** | **Cibles** | **Responsables** | **Partenaires Techniques** | **Partenaires Financiers** | **Echéancier** | | | | |
| **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** |
| **GESTIONS DES DONNEES** | | | | | | | | | |
| Contrôle de la qualité des données et programmes | Régions, Districts sanitaires, | PNLP/Service S&E | FM, PMI | FM / PMI | X | X | X | X | X |
| Elaboration de Rapport spécifique au programme (annuel, semestriel et trimestriel) | Districts sanitaires, | PNLP/Service S&E | FM, PMI | FM / PMI | X | X | X | X | X |
| Suivi de la conformité des interventions de lutte contre le paludisme aux directives nationales | Districts sanitaires / Prestataires de soins | PNLP /Service S&E | FM | FM | X | X | X | X | X |
| appui à 20 districts sanitaires pour la conduite bimestrielle de vérification dans des établissements sanitaires | Districts sanitaires, Etablissements de soins | PNLP / Service S&E | MEASURE MALARIA/USAID PMI | FM / PMI | X | X | X | X | X |
| **SUPERVISION** | | | | | | | | | |
| Supervision intégrée semestrielle du niveau central par la DGS | Régions sanitaires et Districts | PNLP / DGS | FM | FM | X | X | X | X | X |
| Supervision trimestrielle des districts vers les centres de santé | Districts, ESPC | UCP | FM | FM | X | X | X | X | X |
| Supervision trimestrielle des ASC et des groupements féminins | Responsable de l’air de santé, ONG partenaire | Save the children , Impact Malaria | FM, PMI | FM, PMI | X | X | X | X | X |
| COORDINATION | | | | | | | | | |
| Coordination et gestion des programmes nationaux de lutte contre les maladies | Régions sanitaire, Districts, secteur privé | PNLP | FM, PMI | FM, PMI | X | X | X | X | X |
| Gestion des subventions | Régions, Districts, | PNLP | FM/PMI | FM/PMI | X | X | X |  |  |
| ACTIVITES D’EVALUATION | | | | | | | | | |
| Réaliser une enquête de service sur la prise en charge du paludisme dans le secteur public et privé | Structures sanitaires publique et privée | PNLP /Service Recherche / GSA | FM /CRD | FM |  | X |  |  | X |
| Réaliser un audit de la notification des cas et décès liés au paludisme | Structures sanitaires publique (hôpitaux de référence, districts sentinelles) et privée | PNLP | FM | FM | X | X | X | X | X |
| Réaliser une Etude chaque 3 ans sur l'efficacité résiduelle des MILDA | 12 Districts sentinelles (sites sentinelles) | PNLP /Service Recherche | FM / Consortium Entomologie | FM |  |  | X |  |  |
| Réaliser une évaluation de la transmission vectorielle chaque 2 ans | 12 Districts sentinelles (sites sentinelles) | PNLP /Service Recherche | FM / Consortium Entomologie | FM |  | X |  | X |  |
| Réaliser une étude sur la résistance des vecteurs aux insecticides chaque 2 ans | Districts sentinelles | PNLP /Service Recherche | FM / Consortium Entomologie | FM |  | X |  | X |  |
| Réaliser une Etude sur l'efficacité et la tolérance des CTA dans 8 districts sentinelles chaque 2 ans | 08 Districts sentinelles (Man, Korhogo, Yamoussoukro, Abidjan, Adzopé, Daloa, Bouna, Odienné) de Côte d’Ivoire | PNLP / Service Recherche | FM / PMI | FM / PMI |  | X |  | X |  |
| Evaluation post campagne 2020 2021 | 113 Districts sanitaires | PNLP / Service Recherche /GSA | FM | FM |  | X |  |  |  |
| Réaliser une Enquête sur les Indicateurs du Paludisme lors de l’EDS | 113 Districts sanitaires | PNLP / Service Recherche /GSA | FM | FM | X |  | X |  | X |

# BUDGET

Tableau 6: Budget estimatif des activités de suivi et d’évaluation

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Interventions** | **Activités** | **Budget A1** | **Budget A2** | **Budget A3** | **Budget A4** | **Budget A5** | **Total budget A1-A3 en Euro** |
|  | Contrôle de la qualité des données et programmes | 164 353 | 74 957 | 65 858 |  |  | 305 167,66 |
| Elaboration de Rapport spécifique au programme (annuel, semestriel et trimestriel) | 3 659 | 3 659 | 3 659 |  |  | 10 976,33 |
| Suivi de la conformité des interventions de lutte contre le paludisme aux directives nationales | 40 000,00 | 40 000,00 | 40 000,00 |  |  | 120 000,00 |
| appui à 20 districts sanitaires pour la conduite bimestrielle de vérification dans des établissements sanitaires | 16 464,49 | 16 464,49 | 16 464,49 |  |  | 49 393,48 |
| Travailler avec l'unité S&E du PNLP pour achat d'un serveur et mettre en place une autorité DHIS2 | 28 692 |  |  |  |  |  |
| Soutenir le développement et l'intégration de processus de validation des données dans DHIS2 basée sur le paludisme | 29 459 |  |  |  |  |  |
| Renforcer la collecte et la déclaration de de données du secteur privé sur le paludisme | 2 679 |  |  |  |  |  |
| Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre mécanisme de centralisation des données et de la recherche sur le paludisme | 7 990 |  |  |  |  |  |
| **Supervision** | Supervision intégré semestrielle du niveau central par la DGS | 9 721,65 | 19 443,30 | 19 443,30 |  |  | 48 608 |
| Supervision trimestrielle des Régions vers les districts sanitaires | 51 224,81 | 68 299,74 | 68 299,74 |  |  | 187 824 |
| Supervision trimestrielle des districts vers les centres de santé | 137 260,31 | 183 013,75 | 183 013,75 |  |  | 503 288 |
| Supervision trimestrielle des ASC et des groupements féminins | 995 288 | 1 082 894 | 1 094 181 |  |  | 3 172 362,27 |
| **Coordination** | Coordination et gestion des programmes nationaux de lutte contre les maladies | 1 157 210 | 1 825 166 | 1 546 755 |  |  | 4 529 130,33 |
| Gestion des subventions | 1 299 511 | 908 026 | 979 846 |  |  | 3 187 383,04 |
| Organiser une réunion de coordination annuelle des activités de lutte contre le Paludisme (TASK FORCE) | 53 232 | 53 232 | 53 232 |  |  | 159 694,57 |
| **Activités d'Evaluation** | Réaliser une Enquête de service sur la prise en charge du paludisme dans le secteur public et privé |  | 63 251 |  |  |  | 63 250,91 |
| Réaliser un audit de la notification des cas et décès liés au paludisme | 98 495 | 98 495 | 98 495 |  |  | 295 484,16 |
| Réaliser une Etude chaque 3 ans sur l'efficacité résiduelle des MILDA |  |  | 48534 |  |  | 48 533,73 |
| Réaliser une évaluation de la transmission vectorielle chaque 2 ans |  | 113 840 |  | 113 840 |  | 113 839,78 |
| Réaliser une étude sur la résistance des vecteurs aux insecticides chaque 2 ans |  | 58 062 |  | 58 062 |  | 58 062,47 |
| Réaliser une Etude sur l'efficacité et la tolérance des CTA dans 8 districts sentinelles chaque 2 ans |  | 120 333 |  |  |  | 120 333,22 |
| Enquête et Evaluation post campagne 2020 2021 |  | 166 411 |  |  |  | 166 411,00 |
| Réaliser une Enquête sur les Indicateurs du Paludisme lors de l’EDS | 1 000 000 |  | 1 000 000 |  | 1 000 000 | 2 000 000,00 |
| Améliorer la capacité de l'unité S&E à surveiller et à évaluer efficacement les progrès réalisés dans le cadre du plan de S&E | 3 044 |  |  |  |  |  |
| **TOTAL BUDGET** | | 4 900 074 | 4 624 790 | 4 947 023 | 171 902 | 1 000 000 | 14 400 023 |

# ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPE A L’ELABORATION DU PLAN DE S&E

| No. | **NOM & PRENOMS** | **INSTITUTION** | **FONCTION** | **TEL / FAX** | **ADRESSE EMAIL** | **SEXE**  **M/F** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | KAMBO-GARA Nadège | PNLP | Médecin | 77 91 59 76 | moanakambo@yahoo.fr | F |
| 2 | Quindia YAO | PNLP | Médecin | 87 88 75 95 | viquy\_mas@yahoo.fr | F |
| 3 | KOKRASSET YAH Colette | PNLP | DCA | 40 49 99 49 | coletteyah@yahoo.fr | F |
| 4 | DJRO AGBA Aimé | PNLP | Médecin | 07 84 51 84 | agbdjro@yahoo.fr | M |
| 5 | Gladys YAPO KACOU | PNLP | Comptable | 40 49 99 52 | gladyskacou37@gmail.com | F |
| 6 | BLEU BOMIN MONNE Thérèse | PNLP | Médecin | 40 49 99 60 | elogracebleu@yahoo.fr | F |
| 7 | AKATTIA Eric | IM/PSI | Conseiller Technique Senior M&E | 49 58 81 62 | nakattia@psici.org | M |
| 8 | KADJA A Françoise | Direction de la Santé Communautaire | Directrice | 08 14 41 99 | kadjafrancoise@gmail.com | F |
| 9 | DOUGONE BI Marcellin | PNLP | CE Prévention | 40 49 99 59 | dougma2007@yahoo.fr | M |
| 10 | KONE Datolo | Vector Link/Abt Associate | M&E Manager | 58 63 66 50 | kone-datolo@abtassociate.com | M |
| 11 | YEDESS Armel | PNLP | Economiste de la Santé/service S&E | 47 72 56 93 | armelyedess83@gmail.com | M |
| 12 | KONE Wodjo Salimata | PNLP | Economiste de la Santé | 58 55 37 35 | kwodjosalimata@hotmail.com | F |
| 13 | KOUYATE Sabré Aïssata | PNLP | Médecin/service S&E | 57 70 23 92 | nenekouyate134@yahoo.fr | F |
| 14 | ASSOHOU Noba Ange Eric | Data.FI/JSI | Spécialiste S&E | 66 20 42 31 | noba\_assohou@ci.jsi.com | M |
| 15 | GNASSOU Léontine | Measure Malaria | Conseiller SME | 05 95 84 46 | leontine\_gnassou@ci.jsi.com | F |
| 16 | BOSSO Edwige | HRH 2030 | Conseiller Technique S&E | 04 77 42 16  02 00 14 76 | ebosso@hrh2030program.org | F |
| 17 | SEKA Joseph Didier | PNLP | Médecin/Chef de service adjoint de S&E | 08 55 39 32  71 07 25 45 | sekadidier@gmail.com | M |
| 18 | TANO Konan | GSA | Chercheur | 07 44 49 03 | tankondom@gmail.com | M |
| 19  20 | ADOU Harold | Measure Malaria | DHIS2 Specialist | 56 05 20 51 | harold\_adou@ci.jsi.com | M |
| 21 | AIMAIN Alexis Serge | PNLP | Chef du service de S&E | 42 39 86 33  07 66 03 87 | sergealex2013@gmail.com | M |
| 22 | Ehui Anicet | PNLP | Gestionnaire de données/Service S&E | 40 49 9961  48 43 95 60 | [ehuianicetparfait@yahoo.fr](mailto:ehuianicetparfait@yahoo.fr)  ehuianicet@gmail.com | M |
| 23 | Eyakou Mathieu | Vector Link | Service S&E | 05 76 60 24 | [Mathieu\_eyakou@vectorlink.com](mailto:Mathieu_eyakou@vectorlink.com) | M |
| 24 | Kambo Gara Nadège | PNLP | Service recherche | 77 91 59 76 | moanaKambo@yahoo.fr | F |
| 25 | GBAGBA Célestin | DIIS | ISS/ES | 78 91 15 16 | gbagbacelestin@gmail.com | M |
| 26 | BEDIA Akoua Valérie | CRLP/INSP | Pharmacienne Biologiste | 79 22 21 12  01 46 80 09 | akouaval@yahoo.fr | F |
| 27 | AHOLOU KPE Bruno | UNICEF | Responsable Santé | 04 13 83 16 | baholoukpe@unicef.org | M |
| 28 | TANO MEA Antoine | PNLP | Directeur | 08 65 36 85 | tanomeaantoine@yahoo.fr | M |
| 29 | D’RI Raphaël | OMS | Conseiller Programme | 09 72 96 57 | ndrir@who.int | M |

ANNEXE 2 : FEUILLES DE RÉFÉRENCE DES INDICATEURS

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | **Proportion du financement national alloué au paludisme** |
| **Définition :** | C’est le financement du paludisme apporté par l’état de Côte d’Ivoire rapporté au financement global du paludisme apporté par l’état de Côte d’Ivoire et les partenaires |
| **Objectifs:** | Améliorer le financement de la lutte contre le paludisme |
| **Unité de mesure :** | Proportion |
| **Numérateur:** | financement du paludisme apporté par l’état de Côte d’Ivoire |
| **Dénominateur:** | financement global du paludisme apporté par l’état de Côte d’Ivoire et les partenaires |
| **Désagrégation:** | Par partenaires |
| **Type d’indicateur** | Intrant |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier la part du financement du paludisme apporté par l’état de Côte d’Ivoire |
| **Méthode de collecte :** | Enquête |
| **Fréquence de collecte des données:** | Annuel |
| **Sources de collecte :** | Rapport comptes nationaux de la santé |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)X100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | **Nombre total de traitements de paludisme simples (CTA) administrés dans les formations sanitaires** |
| **Définition :** | C’est le nombre de patients ayant bénéficié d’un traitement (CTA) de paludisme simple dans les formations sanitaires |
| **Objectifs:** | Améliorer l’accès au traitement du paludisme simple |
| **Unité de mesure :** | Nombre |
| **Numérateur:** | Nombre total de traitements de paludisme simples (CTA) administrés dans les formations sanitaires |
| **Dénominateur:** | NA |
| **Désagrégation:** | Par secteur (Public ; privé et communautaire), sexe |
| **Type d’indicateur** | Intrant |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier la disponibilité de l’offre de soins de paludisme dans les formations sanitaires |
| **Méthode de collecte :** | Routine |
| **Fréquence de collecte des données:** | Mensuelle |
| **Sources de collecte :** | Rapport mensuel, sigsanté/DHIS2 |
| **Méthode de calcul :** | Comptage |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | **Nombre total de tests de diagnostic rapide (TDR) réalisés dans la communauté** |
| **Définition :** | C’est le nombre total de tests de diagnostic rapide (TDR) réalisés dans la communauté par l’agent de santé communautaire |
| **Objectifs:** | Améliorer l’accès au diagnostic du paludisme dans la communauté |
| **Unité de mesure :** | Nombre |
| **Numérateur:** | Nombre total de tests parasitologiques (TDR) réalisés dans la communauté par l’ASC |
| **Dénominateur:** | N/A |
| **Désagrégation:** | tranche d’âge |
| **Type d’indicateur** | Processus |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier la quantité de tests de dépistage rapide réalisé par l’agent de santé communautaire dans la communauté |
| **Méthode de collecte :** | Routine |
| **Fréquence de collecte des données:** | Mensuelle |
| **Sources de collecte :** | Rapport communautaire, Sigsanté/DHIS2 |
| **Méthode de calcul :** | Comptage |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | Proportion de la population protégée par des pulvérisations intra domiciliaires au cours des 12 derniers mois |
| **Définition :** | C’est le nombre de personne protégée par des pulvérisations intra domiciliaires au cours des 12 derniers mois des zones ciblées rapporté au nombre de personnes à risque au cours des 12 derniers mois dans les zones ciblées |
| **Objectifs:** | Réduire l'incidence des cas de paludisme |
| **Unité de mesure :** | Proportion |
| **Numérateur:** | Nombre de personnes protégées au cours des 12 derniers mois des zones ciblées |
| **Dénominateur:** | Population totale au cours des 12 derniers mois des zones ciblées |
| **Désagrégation:** | Niveau (Etablissement, district, région) |
| **Type d’indicateur** | Résultat |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier l’efficacité de la PID |
| **Méthode de collecte :** | Dénombrement |
| **Fréquence de collecte des données:** | Annuelle |
| **Sources de collecte :** | Rapport de la campagne PID |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)X100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | **Taux de confirmation des cas de paludisme par goutte épaisse et test de diagnostic rapide** |
| **Définition :** | C’est le nombre de test parasitologique dans les structures sanitaires (publiques, privées) avec TDR ou GE dont le résultat est soit positif ou négatif rapporté au nombre total de cas suspects de paludisme sur une période donnée |
| **Objectifs:** | Améliorer le diagnostic du paludisme |
| **Unité de mesure :** | Pourcentage |
| **Numérateur:** | Nombre de cas suspects de paludisme soumis à un test parasitologique dans les structures sanitaires (publiques, privées) avec TDR ou GE dont le résultat est soit positif ou négatif |
| **Dénominateur:** | Nombre total de cas suspects de paludisme reçus dans les structures sanitaires (publiques, privées) |
| **Désagrégation:** | Tranche d’âge, Sexe |
| **Type d’indicateur** | Produit |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier l’offre du dépistage par TDR ou GE  Suivre la gestion des intrants |
| **Méthode de collecte :** | Routine |
| **Fréquence de collecte des données:** | Mensuelle |
| **Sources de collecte :** | Registre de consultations curatives, Rapport mensuel, Sigsante/DHIS2 |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)X100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | **Proportion de cas de fièvre chez les moins de 5 ans testés par TDR dans la communauté(ASC)** |
| **Définition** | C’est le nombre d’enfants de moins de 5 ans dans la communauté ayant eu une fièvre (corps chaud) notifié et testés par TDR par un ASC rapporté au nombre d’enfants de moins de 5 ans dans la communauté ayant eu une fièvre (corps chaud) notifié par l’ASC |
| **Objectifs:** | Améliorer la prise en charge des cas de paludisme simple chez les moins de 5ans dans la communauté |
| **Unité de mesure** | Proportion |
| **Numérateur:** | Nombre d’enfants de moins de 5 ans dans la communauté ayant eu une fièvre (corps chaud) notifié et testés par TDR par un ASC |
| **Dénominateur:** | Nombre d’enfants de moins de 5 ans dans la communauté ayant eu une fièvre (corps chaud) notifié par l’ASC |
| **Désagrégation:** | sexe, âge |
| **Type d’indicateur** | Produit |
| **Utilité de gestion:** | Apprécier la qualité du diagnostic du paludisme simple chez les moins de 5 ans dans la communauté |
| **Méthode de collecte** | Routine |
| **Fréquence de collecte des données:** | Mensuelle |
| **Sources de collecte** | Registre de l’ASC, Rapport communautaire, Sigsanté/DHIS2 |
| **Méthode de calcul** | (N/D)X100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | **taux de mortalité palustre en hospitalisation** |
| **Définition :** | C’est le nombre de décès dus au paludisme grave dans les hôpitaux de référence rapporté au nombre total de cas paludisme grave hospitalisé dans les hôpitaux de référence |
| **Objectifs:** | Réduire la mortalité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Proportion |
| **Numérateur:** | Nombre de décès dus au paludisme grave dans les hôpitaux de référence |
| **Dénominateur:** | Nombre total de cas paludisme grave hospitalisé dans les hôpitaux de référence |
| **Désagrégation:** | tranche d’âge, sexe |
| **Type d’indicateur** | Produit |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier l’efficacité et de la prise en charge du paludisme en milieu hospitalier |
| **Méthode de collecte :** | Routine |
| **Fréquence de collecte des données:** | Mensuelle |
| **Sources de collecte :** | Registre de consultation curative/ registre d’hospitalisation/ dossier médical du patient  Rapport mensuel, Sigsanté/DHIS2 |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)x100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | **taux de mortalité palustre en ambulatoire** |
| **Définition :** | C’est le nombre de décès dus au paludisme rapporté au nombre total de cas paludisme en ambulatoire (confirmé et présumé) |
| **Objectifs:** | Réduire la mortalité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Proportion |
| **Numérateur:** | Nombre de décès dus au paludisme |
| **Dénominateur:** | Nombre total de cas paludisme en ambulatoire (confirmé et présumé) |
| **Désagrégation:** | tranche d’âge, sexe |
| **Type d’indicateur** | Produit |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier l’efficacité de la prise en charge du paludisme |
| **Méthode de collecte :** | Routine |
| **Fréquence de collecte des données:** | Mensuelle |
| **Sources de collecte :** | Registre de consultation curative/ registre d’hospitalisation/ dossier médical du patient  Rapport mensuel, sigsanté/DHIS2 |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)x100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur 10** | **Taux de positivité des tests de paludisme (TDR et/ou frottis sanguins)** |
| **Définition :** | C’est le nombre des tests positifs (GE ou TDR) au cours d’une période donnée rapporté au nombre total de tests réalisés (TDR ou GE) sur la même période donnée |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Pourcentage |
| **Numérateur:** | Nombre des tests positifs (GE ou TDR) au cours d’une période donnée |
| **Dénominateur:** | Nombre total de tests réalisés (TDR ou GE) sur la même période donnée |
| **Désagrégation** | Tranche d’âge |
| **Type d’indicateur** | Produit |
| **Utilité de Gestion** | * Suivre l’évolution de la prévalence palustre * Réaliser la cartographie des zones à forte transmission de paludisme |
| **Méthode de collecte :** | Routine |
| **Fréquence de collecte des données:** | Mensuelle |
| **Sources de collecte :** | Registres de consultations curatives, rapport mensuel, sigsanté/DHIS2 |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)x100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | **Indice parasitaire annuel.** |
| **Définition :** | C’est le nombre de nouveaux cas de paludisme confirmés par un examen microscopique ou par TDR, rapporté à la population exposée au risque de paludisme |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Pour 1000 |
| **Numérateur:** | Nombre de nouveaux cas de paludisme confirmés par un examen microscopique ou par TDR au cours d'une période donnée |
| **Dénominateur:** | Nombre de personnes vivant dans les zones de transmission du paludisme |
| **Désagrégation:** | Par tranches d’âge (moins de 5 ans, 5 ans et plus) |
| **Type d’indicateur** | Impact |
| **Utilité de Gestion** | Estimer l'incidence du paludisme (en tant que proxy) au cours d'un mois donnée  Améliorer les stratégies de lutte contre le paludisme |
| **Méthode de collecte :** | Enquête |
| **Fréquence de collecte des données:** | Annuelle |
| **Sources de collecte :** | Rapport d’enquête |
| **Méthode de calcul :** | (N/D) x1000 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | **Proportion de structures sanitaires privées mettant en œuvre les interventions de lutte contre le paludisme** |
| **Définition :** | C’est l’ensemble des structures sanitaires privées mettant en œuvre les interventions de lutte contre le paludisme y compris le rapportage dans le système d’information national sur l’ensemble des structures sanitaires privés |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Nombre |
| **Numérateur:** | Nombre de structures sanitaires privées mettant en œuvre les interventions de lutte contre le paludisme |
| **Dénominateur:** | Nombre total des structures sanitaires privées |
| **Désagrégation:** | type de structures privé (privé lucratif, privé non lucratif confessionnel, privé non lucratif) |
| **Type d’indicateur** | Produit |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier la couverture des interventions de lutte contre le paludisme |
| **Méthode de collecte :** | Enquête des services de santé |
| **Fréquence de collecte des données:** | Tous les 2 ans |
| **Sources de collecte :** | Rapport d’enquête |
| **Méthode de calcul :** | Comptage |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | **Proportion de structures sanitaires mettant en œuvre des interventions communautaires (iCCM, communication) de lutte contre le paludisme** |
| **Définition :** | Il s’agit de l’ensemble des structures sanitaires mettant en œuvre les interventions communautaires (iCCM, communication) de lutte contre le paludisme rapporté à l’ensemble des structures sanitaires |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Proportion |
| **Numérateur:** | Nombre de structures sanitaires mettant en œuvre des interventions communautaires (iCCM, communication) de lutte contre le paludisme |
| **Dénominateur:** | Nombre total de structures sanitaires |
| **Désagrégation:** | type d’intervention communautaire |
| **Type d’indicateur** | Produit |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier la couverture des interventions communautaires de lutte contre le paludisme |
| **Méthode de collecte :** | Enquête des services de santé |
| **Fréquence de collecte des données:** | Tous les 2 ans |
| **Sources de collecte :** | Rapport enquête |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)X100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | Proportion de cas de paludisme simple pris en charge selon les directives dans les formations sanitaires |
| **Définition :** | C’est le nombre de cas de paludisme simple pris en charge selon les directives dans les formations sanitaires rapporté au nombre total de cas de paludisme simple dans les formations sanitaires |
| **Objectifs:** | Réduire la mortalité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Proportion |
| **Numérateur:** | Nombre de cas de paludisme simple pris en charge dans les formations sanitaires |
| **Dénominateur:** | nombre total de cas de paludisme simple dans les formations sanitaires |
| **Désagrégation:** | Tranche d’âge, sexe, femmes enceintes, types de formations sanitaires (public, privé, dans la communauté) |
| **Type d’indicateur** | Résultat |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier la prise en charge correcte des cas de paludisme simple dans les formations sanitaires selon les directives |
| **Méthode de collecte :** | Enquête de services de santé |
| **Fréquence de collecte des données:** | Tous les 2 ans |
| **Sources de collecte :** | Rapport de l’enquête |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)x100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | Proportion de cas de paludisme graves pris en charge selon les directives dans les formations sanitaires |
| **Définition :** | C’est le nombre de cas de paludisme grave pris en charge selon les directives dans les formations sanitaires rapporté au nombre total de cas de paludisme graves dans les formations sanitaires |
| **Objectifs:** | Réduire la mortalité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Proportion |
| **Numérateur:** | Nombre de cas de paludisme grave pris en charge selon les directives dans les formations sanitaires |
| **Dénominateur:** | Nombre de cas de paludisme grave dans les formations sanitaires |
| **Désagrégation:** | Tranche d’âge, sexe , par type de structures sanitaire |
| **Type d’indicateur** | Résultat |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier la prise en charge correcte des cas de paludisme grave dans les formations sanitaires publiques selon directives |
| **Méthode de collecte :** | Enquête de services de santé |
| **Fréquence de collecte des données:** | Tous les 2 ans |
| **Sources de collecte :** | Rapport de l’enquête |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)x100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | Nombre de prestataires formés par thématique |
| **Définition :** | C’est le nombre total des prestataires formés par thématique |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité et la mortalité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Nombre (cumulatif) |
| **Numérateur:** | Nombre de prestataires formés par thématique (paludologie, prise en charge selon les directives, S&E) |
| **Dénominateur:** | NA |
| **Désagrégation:** | par thématique sexe : M, F |
| **Type d’indicateur** | Résultat |
| **Utilité de Gestion** | Déterminer le nombre de prestataires formés par thématique |
| **Méthode de collecte :** | Routine |
| **Fréquence de collecte des données:** | Annuel |
| **Sources de collecte:** | Rapport PNLP |
| **Méthode de calcul :** | Comptage |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | Pourcentage de ménages avec au moins une MILDA |
| **Définition :** | C’est le nombre de ménages avec au moins une MILDA rapporté au nombre total de ménages visités lors de l’enquête |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Pourcentage |
| **Numérateur:** | Nombre de ménages avec au moins une MILDA |
| **Dénominateur:** | Nombre total de ménages visités lors de l’enquête |
| **Désagrégation:** | niveau (Région sanitaire, district sanitaire), |
| **Type d’indicateur** | Résultat |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier la couverture en MILDA  Apprécier la stratégie de communication autour de la distribution des MILDA |
| **Méthode de collecte :** | Enquête post campagne  EDS |
| **Fréquence de collecte des données:** | Tous les 3 ans |
| **Sources de collecte :** | Rapport d’enquête |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)x100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | Pourcentage de ménage avec une MILDA pour 2 personnes |
| **Définition :** | C’est le nombre de ménages avec une MILDA pour 2 personnes rapporté au nombre total de ménages visités lors de l’enquête |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Pourcentage |
| **Numérateur:** | Nombre de ménages avec une MILDA pour 2 personnes |
| **Dénominateur:** | Nombre total de ménages visités lors de l’enquête |
| **Désagrégation:** | niveau (Région sanitaire, district sanitaire) |
| **Type d’indicateur** | Résultat |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier la couverture en MILDA  Apprécier la stratégie de communication autour de la distribution des MILDA |
| **Méthode de collecte :** | Enquête post campagne  EDS |
| **Fréquence de collecte des données:** | Tous les 3 ans |
| **Sources de collecte :** | Rapport d’enquête |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)x100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | Pourcentage de la population ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête |
| **Définition :** | C’est le nombre de personnes ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête rapporté à la population totale lors de l’enquête |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Pourcentage |
| **Numérateur:** | Nombre de personnes ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l’enquête |
| **Dénominateur:** | population totale lors de l’enquête |
| **Désagrégation:** | niveau (Région sanitaire, district sanitaire), sexe, |
| **Type d’indicateur** | Effet |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier l’utilisation de la MILDA  Apprécier les résultats des stratégies de communication sur l’utilisation des MILDA |
| **Méthode de collecte :** | Enquête post campagne  EDS |
| **Fréquence de collecte des données:** | Tous les 3 ans |
| **Sources de collecte :** | Rapport d’enquête |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)x100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | Pourcentage d’enfants âgés de moins de cinq ans ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête |
| **Définition :** | C’est le nombre d’enfants âgés de moins de cinq ans ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête rapporté au nombre total d’enfants âgés de moins de cinq ans lors de l’enquête |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans |
| **Unité de mesure :** | Pourcentage |
| **Numérateur:** | Nombre d’enfants âgés de moins de cinq ans ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l’enquête |
| **Dénominateur:** | Population d’enfants âgés de moins de cinq ans lors de l’enquête |
| **Désagrégation:** | niveau (Région sanitaire, district sanitaire), sexe |
| **Type d’indicateur** | Effet |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier l’utilisation de la MILDA  Apprécier les résultats des stratégies de communication sur l’utilisation des MILDA |
| **Méthode de collecte :** | Enquête post campagne  EDS |
| **Fréquence de collecte des données:** | Tous les 3 ans |
| **Sources de collecte :** | Rapport d’enquête |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)x100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête |
| **Définition :** | C’est le nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête rapporté au nombre total de femmes enceintes lors de l’enquête |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité liée au paludisme chez les femmes enceintes |
| **Unité de mesure :** | Pourcentage |
| **Numérateur:** | Nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l’enquête |
| **Dénominateur:** | Population de femmes enceintes lors de l’enquête |
| **Désagrégation:** | niveau (Région sanitaire, district sanitaire), |
| **Type d’indicateur** | Effet |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier l’utilisation de la MILDA  Apprécier les résultats des stratégies de communication sur l’utilisation des MILDA |
| **Méthode de collecte :** | Enquête post campagne  EDS |
| **Fréquence de collecte des données:** | Tous les 3 ans |
| **Sources de collecte :** | Rapport d’enquête |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)x100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de SP en TPI au cours de la CPN |
| **Définition :** | C’est le nombre de femmes enceintes qui ont reçu trois doses de SP en TPI rapporté au nombre total de femmes enceintes vu en CPN1 |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité liée au paludisme chez la femme enceinte et l’enfant |
| **Unité de mesure :** | Pourcentage |
| **Numérateur:** | Nombre de FE vues en CPN ayant reçu au moins trois doses de SP |
| **Dénominateur:** | Nombre total de femmes vues en CPN1 |
| **Désagrégation:** | Par niveau : Région, District |
| **Type d’indicateur** | Résultat |
| **Utilité de Gestion** | * Apprécier la couverture en SP3 * Apprécier la disponibilité des SP dans les structures de santé * Apprécier la mise en œuvre des directives sur la dispensation de la SP chez les femmes |
| **Méthode de collecte :** | Routine |
| **Fréquence de collecte des données:** | Mensuel |
| **Sources de collecte :** | Registre CPN, rapport mensuel, Sigsanté/DHIS2 |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)X100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de SP en TPI au cours de leur dernière grossesse |
| **Définition :** | C’est le nombre de femmes enceintes qui ont reçu trois doses de SP en TPI au cours de leur dernière grossesse rapporté au nombre total de femmes ayant eu une grossesse l’année précédant l’enquête |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité liée au paludisme chez la femme enceinte et l’enfant |
| **Unité de mesure :** | Pourcentage |
| **Numérateur:** | Nombre de FE vues en CPN ayant reçu au moins trois doses de SP |
| **Dénominateur:** | Nombre total de femmes enquêtés |
| **Désagrégation:** | Par niveau : Région, District |
| **Type d’indicateur** | Résultat |
| **Utilité de Gestion** | * Apprécier la couverture en SP |
| **Méthode de collecte :** | Enquête (EDS, MICS) |
| **Fréquence de collecte des données:** | tous les 3 ans |
| **Sources de collecte :** | Rapport d’enquête |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)X100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | Pourcentage de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures de prévention du paludisme |
| **Définition :** | C’est le nombre de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures de prévention du paludisme rapporté à la Population totale enquêtée |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Pourcentage |
| **Numérateur:** | Nombre de personnes (groupes cibles ou non) qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures de prévention du paludisme |
| **Dénominateur:** | Population totale enquêtée |
| **Désagrégation:** | Tranche d’âge, niveau (Région sanitaire, district sanitaire), sexe : |
| **Type d’indicateur** | Effet |
| **Utilité de Gestion** | Apprécier les résultats de la stratégie de communication |
| **Méthode de collecte :** | Enquête (MICS) |
| **Fréquence de collecte des données:** | Tous les 3 ans |
| **Sources de collecte :** | Rapport d’enquête |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)x100 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | Nombre de spots radio/TV sur le paludisme diffusé |
| **Définition :** | C’est le nombre total de spots radio/TV sur le paludisme diffusé sur les radios et télévisions |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Nombre |
| **Numérateur:** | Nombre total de spots radio/TV sur le paludisme diffusé |
| **Dénominateur:** | NA |
| **Désagrégation:** | type de média (nationale, de proximité) |
| **Type d’indicateur** | Résultat |
| **Utilité de Gestion** | suivre la mise en œuvre du plan média |
| **Méthode de collecte :** | Routine |
| **Fréquence de collecte des données:** | Annuelle |
| **Sources de collecte:** | Rapport PNLP |
| **Méthode de calcul :** | Comptage |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | Nombre de supports IEC produits sur la prévention et le traitement du paludisme |
| **Définition :** | C’est le nombre total de supports IEC produits sur la prévention et le traitement du paludisme |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Nombre |
| **Numérateur:** | Nombre total de supports IEC produits par type sur la prévention et le traitement du paludisme |
| **Dénominateur:** | NA |
| **Désagrégation:** | par type de supports (affiches, tee-shirts, casquette, dépliants, panneaux autres…..) |
| **Type d’indicateur** | Résultat |
| **Utilité de Gestion** | Suivre la quantité de supports IEC produits sur la prévention et le traitement du paludisme |
| **Méthode de collecte :** | Routine |
| **Fréquence de collecte des données:** | Annuelle |
| **Sources de collecte :** | Rapport PNLP |
| **Méthode de calcul :** | Comptage |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateur** | Proportion de ménages visités par les relais communautaires (VAD) pour la sensibilisation sur le paludisme |
| **Définition :** | C’est le nombre total de ménages visités par les relais communautaires (VAD) pour la sensibilisation rapporté au nombre de ménages cibles de la zone |
| **Objectifs:** | Réduire la morbidité liée au paludisme |
| **Unité de mesure :** | Pourcentage |
| **Numérateur:** | Nombre total de ménages visités par les relais communautaires (VAD) pour la sensibilisation |
| **Dénominateur:** | Nombre de ménages cibles |
| **Désagrégation:** | niveau (Région sanitaire, district sanitaire) |
| **Type d’indicateur** | Résultat |
| **Utilité de Gestion** | Evaluer les activités des relais communautaires  Apprécier les stratégies d’approche communautaire |
| **Méthode de collecte :** | Routine, |
| **Fréquence de collecte des données:** | Mensuelle, trimestrielle, annuelle |
| **Sources de collecte :** | Rapport des relais communautaires |
| **Méthode de calcul :** | (N/D)x100 |

1. Décret N°98 du 30 JUIN 1998 [↑](#footnote-ref-1)
2. RBM : Élaboration de plans de suivi et d’évaluation pour les programmes de changement social et comportemental en matière de paludisme : Un Guide étape par étape, Janvier 2019 [↑](#footnote-ref-2)