

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union-Discipline-Travail



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

PLAN DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU PNDS 2016-2020

INTRODUCTION

Le Ministère en charge de la Santé, dans le souci de répondre efficacement aux problèmes de santé qui entravent le développement du pays, a élaboré le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020. Ce document de stratégie nationale, 4^{ème} du genre constitue la boussole de l'ensemble des acteurs du secteur.

Le PNDS 2016-2020 dans sa conception est arrimé aux orientations stratégiques du Plan National de Développement (PND) 2016-2020. Outre les engagements internationaux relatifs aux ODD, il prend également en compte les engagements internationaux du pays en matière de santé, notamment le Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, les Déclarations de Paris et de Busan sur l'efficacité de l'aide au développement et la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les Systèmes de santé en Afrique ainsi que les engagements pris pour l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Il est par ailleurs un outil de plaidoyer pour la mobilisation des fonds.

La réussite de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 nécessite un suivi particulier des interventions et des évaluations régulières à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec une forte implication et appropriation des différents acteurs qui interviennent dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire.

Ainsi le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a entrepris avec l'ensemble des parties prenantes du secteur et des partenaires au développement, l'élaboration d'un Plan de Suivi, d'Evaluation et de Revue pour accompagner efficacement la mise en œuvre du PNDS 2016-2020. Il constitue un outil de plaidoyer pour la mobilisation des ressources. Il permet de fournir aux acteurs, décideurs, partenaires et aux communautés un outil de référence pour la collecte, le stockage, le traitement, l'analyse, l'interprétation et la dissémination des informations fiables et à temps sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre des interventions prioritaires du PNDS 2016-2020.

Ce plan de SE élaboré de façon consensuelle et participative, décrit les grandes lignes d'un système performant de mesure des indicateurs afin de relever le défi de rendre disponible et à temps les informations fiables de qualité sur la mise en œuvre des interventions à tous les niveaux de la pyramide, ainsi que les progrès réalisés.

L'objectif visé in fine, consistera à mettre en place un mécanisme solide de redevabilité (reddition des comptes) afin de contribuer à la performance du système de santé.

En effet, c'est seulement à travers un dispositif de suivi et d'évaluation commun, complet, intégré et aligné au système sectoriel que l'on pourra améliorer la qualité de l'information fournie sur l'évolution des maladies prioritaires à travers une utilisation efficiente des ressources disponibles.

I. RAPPELS VISION, OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES DU PNDS 2016-2020

1.1. Vision du PNDS 2016-2020

La vision du PNDS 2016-2020 est d'avoir «un système de santé performant, intégré, responsable et efficient, garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir la croissance et le développement durable du pays vers l'atteinte de l'émergence à l'horizon 2020».

1.2. Objectifs

L'objectif général du PNDS 2016 -2020 est de renforcer la disponibilité de l'offre de services de santé de qualité dans toutes les régions pour une prise en charge adéquate et optimale des populations.

Outre la population générale, le PNDS 2016-2020 cible particulièrement les populations vulnérables (femmes, nouveaux nés et enfants, adolescents, jeunes filles et garçons).

L'objectif du Gouvernement à terme étant d'améliorer l'offre des soins et services essentiels et aux soins spécialisés prioritaires de qualité à travers l'amélioration de l'accessibilité géographique, financière et culturelle de ces populations.

Pour atteindre cet objectif, plusieurs axes stratégiques ont été définis.

1.3. Axes stratégiques

Le PNDS 2016-2020 s'articule autour de six axes stratégiques portés par 6 résultats d'effets, 26 résultats d'effets intermédiaires et 83 extrants déclinés en stratégies d'interventions. Les différents axes stratégiques se présentent comme suit :

AXE STRATEGIQUE 1 GOUVERNANCE ET LEADERSHIP

L'axe gouvernance porté par l'Effet 1 :

Effet 1: La Gouvernance et le leadership du secteur de la santé sont renforcés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

IL comprend trois effets intermédiaires qui couvrent les domaines d'actions prioritaires suivants : le pilotage du système, la décentralisation et la déconcentration du système de santé, et le système d'information sanitaire ;

Effet intermédiaire 1.1 : Le pilotage du système de santé est renforcé et effectif pour une meilleure coordination des interventions du secteur de la santé. Quatre (4) extrants concourent à l'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire. Ce sont :(i) Un cadre organisationnel et institutionnel est opérationnel et disponible à tous les niveaux ; (ii)

100% des organes de gestion des établissements sanitaires et des ECD et ECR (intermédiaire, périphérique) sont fonctionnelles ; (iii) la coordination et la collaboration des acteurs et des interventions de santé (collectivités, PTF, secteur privé, ONG, Praticiens) est renforcée à tous les niveaux ; (iv) L'implication communautaire dans les activités de santé est renforcée et effective ;

Effet intermédiaire 1.2 : La décentralisation sanitaire et la déconcentration du système de santé sont effectives pour une meilleure disponibilité de l'offre des services de santé de qualité l'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se traduira par la réalisation des extrants suivants (i) la loi n° 2003-208 du 7 juillet 2003 portant transfert et répartition des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales au nouveau découpage territorial et aux besoins du système de santé est adaptée et appliquée ; (ii) la déconcentration des Directions régionales et districts sanitaires est opérationnalisée ; (iii) l'opérationnalisation des districts sanitaires est complète et effective ;

Effet intermédiaire 1.3 : Le système national d'information sanitaire est amélioré et est utilisé pour la prise de décisions à tous les niveaux. La réalisation de ce résultat d'effet intermédiaire se fera par l'atteinte des extrants suivants : (i) les outils de gestion de l'information sanitaire sont disponibles et utilisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; (ii) les données sanitaires des EPN hospitaliers, des structures privées lucratives et non lucratives et de l'armée y compris les programmes de santé sont intégrées dans la base de données nationales d'ici 2020 ; (iii) les données et informations du système communautaire sont intégrées dans le SNIS d'ici 2020 ; (iv) la retro information est assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour une meilleure prise de décision ; (v) les établissements sanitaires disposent de personnel pour la gestion des données.

AXE 2 FINANCEMENT DE LA SANTE

L'axe financement se traduit par l'effet 2

EFFET 2: Le financement interne et externe du système de santé est amélioré

IL comprend trois effets intermédiaires qui couvrent les domaines d'actions prioritaires suivants : le financement du PNDS, la gestion des ressources financières et l'accessibilité financière des populations aux soins.

Effet intermédiaire 2.1 : Les besoins pour le financement du PNDS 2016-2020 sont mobilisés, disponibles et sont utilisés pour la mise en œuvre des interventions. La réalisation de ce résultat d'effet intermédiaire s'appuie sur les 3 extrants suivants : (i) La contribution de l'Etat pour le financement du PNDS 2016-2020 représente 60% des besoins ; (ii) La contribution du secteur privé et des collectivités locales pour le financement du PNDS représente 15 % des besoins ; (iii) la contribution des partenaires au développement pour le financement de la santé est mobilisée et disponible ;

Effet intermédiaire 2.2 *La gestion des ressources mobilisées et disponibles pour le financement du PNDS 2016-2020 est efficiente à tous les niveaux.* L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se traduira par la réalisation des extrants suivants : (i) La planification budgétaire est renforcée au niveau central ;(ii) gestion financière et le suivi de l'exécution budgétaire au niveau déconcentré est renforcée ; (iii) La traçabilité de l'information financière (rapportage, comptabilité générale, comptabilité matière et comptabilité analytique) est formalisée et assurée à tous les niveaux ; (iv) L'allocation des ressources par rapport aux priorités programmatiques et besoins nationaux est effective ;

Effet intermédiaire 2.3 : *L'inaccessibilité financière des populations aux soins est réduite* est atteint par la mise en œuvre réussie de (i) La couverture maladie universelle est mise en place et fonctionnelle.

AXE 3 OFFRE ET UTILISATION DES SERVICE DE SANTE

L'axe sur offre et utilisation des services est traduite par l'effet 3 :

EFFET 3 : *L'offre de service de qualité est disponible et l'utilisation est augmentée à X%*

IL comprend 5 effets intermédiaires qui couvrent les domaines d'actions prioritaires suivants : (i) les ressources humaines, (ii) les infrastructures et équipements, (iii) les produits pharmaceutiques, produits sanguins et vaccins, (iv) la qualité des prestations, (v) la résilience face aux catastrophes ;

Effet intermédiaire 3.1 : *Les structures sanitaires disposent de ressources humaines qualifiées, adéquates et adaptées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour une meilleure prise en charge des populations* : La réalisation de ce résultat d'effet intermédiaire se fera par l'atteinte des extrants suivants (i) les besoins en RH de qualité du MSHP sont disponibles d'ici 2020 ; (ii) Les RH santé sont réparties équitablement sur l'ensemble du territoire national ; (iii) Les RHS spécialisées sont reconnues et prises en compte par l'Etat ; (iv) La fidélisation des RHS aux postes d'affectation est renforcée ;

Effet intermédiaire 3.2 : *Les structures sanitaires disposent d'équipements adéquats, adaptés et fonctionnels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour une meilleure prise en charge des populations* .L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire passera par la réalisation des extrants suivants : (i) la disponibilité des infrastructures et équipements sanitaires fonctionnels et adaptés est renforcée ;(ii) La gestion du patrimoine de la santé et de la maintenance des infrastructures et des équipements est renforcée ; (iii) les établissements de santé disposent de moyens logistiques pour la mise en œuvre des interventions ;

Effet intermédiaire 3.3 : *Les produits pharmaceutiques, les produits sanguins, les vaccins et autres intrants stratégiques de qualité sont disponibles dans toutes les structures sanitaires.* Neuf (9) extrants devront concourir à réaliser l'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire. Ce sont (i) les commandes des établissements sanitaires sont satisfaites

d'ici 2020 ; (ii) Les établissements de santé enregistrent 0% de ruptures de stocks en outils de gestion pour la collecte et de rapportage des données pharmaceutiques (iii) Les capacités de stockage des pharmacies des établissements de santé sont renforcées à tous les niveaux de la pyramide ; (iv) Les capacités de distribution de la NPSP des produits de santé jusqu'au dernier km sont renforcées ; (v) Le contrôle qualité des médicaments et intrants stratégiques est renforcé et effectif ; (vi) La production locale de produits pharmaceutiques est de 15% d'ici l'an 2020 ; (vii) Les événements indésirables enregistrés sont notifiés ; (viii) Le cadre institutionnel et juridique du secteur pharmaceutique est adapté au contexte et aux objectifs gouvernementaux pour l'amélioration de la santé de la population ;

Effet intermédiaire 3.4 : La qualité des prestations est renforcée dans toutes les structures sanitaires ; l'atteinte de résultat d'effet intermédiaire se fera à travers la réalisation des extrants suivants (i) : l'engorgement des services de santé est réduit en particulier les services d'urgence d'ici 2020 ; (ii) les normes, directives et les procédures en matière de qualité des services (accueil, communication, temps d'attente, orientation...) sont appliquées dans 100% des établissements de santé ; (iii) l'hygiène hospitalière est renforcée et améliorée dans 100% des établissements sanitaires ;

Effet intermédiaire 3.5 : La résilience du pays face aux catastrophes et urgences sanitaires est renforcée.

AXE 4 : LUTTE CONTRE LA MALADIE

Le quatrième axe lutte contre la maladie est couvert par l'Effet 4 :

EFFET 4: La morbidité et la mortalité liées aux principales maladies sont réduites d'ici 2020 de 50%

Cet effet comprend huit Effets intermédiaires qui couvrent les domaines d'actions prioritaires suivant : (i) le paludisme, (ii) le VIH/sida, (iii) la malnutrition, (iv) la vaccination, (v) les maladies à potentielles épidémiques, (vi) la tuberculose, (vii) les maladies non transmissibles, (viii) les maladies tropicales négligées ;

Effet intermédiaire 4.1 : La mortalité liée au paludisme est réduite de 50% d'ici 2020.

L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se traduira par la réalisation des extrants suivants (i) l'incidence du paludisme est réduite ; (ii) l'assainissement et l'hygiène de l'environnement sont renforcés ; (iii) Les populations utilisent les MILDA ; (iv) tous les cas de paludisme sont traités selon les directives nationales ; (v) la gestion des médicaments et intrants sont renforcés dans tous les établissements sanitaires ;

Effet intermédiaire 4.2 : La mortalité liée au VIH/sida est réduite de 75% d'ici 2020.

L'atteinte de résultat d'effet intermédiaire passera par la réalisation des extrants suivants : (i) les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2020 ;(ii) les PVVIH adultes et enfants diagnostiqués sont enrôlés dans les soins et traités ;

Effet intermédiaire 4.3 : La proportion de la population présentant une malnutrition est réduite de 25%. Deux (2) extraits concourent à l'atteinte de cet effet intermédiaire. Ce sont (i) la sous nutrition est réduite de 20% chez les enfants ; (ii) la surnutrition est réduite de 30% au niveau de la population générale ;

Effet intermédiaire 4.4 : La couverture vaccinale pour tous les antigènes pour les populations cibles a augmenté ; l'atteinte de cet effet intermédiaire se fera à travers La réalisation des extraits suivants (i) toutes les structures de vaccination enregistrent 0% de rupture de stock en antigène ; (ii) la promotion de la vaccination auprès des populations est renforcée ; (iii) La contribution de l'Etat pour le financement du PEV a augmenté ; (iv) la qualité des données de vaccination (Discordance et incohérence des données, sur-rapportage des données) est renforcée ;

Effet intermédiaire 4.5 : La lutte contre les maladies à potentiel épidémique est renforcée. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se traduira par la réalisation des extraits suivants : (i) le dispositif de surveillance et de rapportage des maladies à potentiel épidémique est renforcé ; (ii) le dispositif de riposte/réponse face aux maladies à potentiel épidémique et autres urgences sanitaires est renforcé ; (iii) la lutte anti vectoriel est renforcée ;

Effet intermédiaire 4.6 : La mortalité liée à la tuberculose est réduite de X% d'ici 2020 ; l'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se fera par La réalisation des extraits suivants : (i) l'incidence de la tuberculose sensible et de la co-infection TB/VIH sont réduites de X% d'ici 2020 ; (ii) la prise en charge de la TB sensible et de la co-infection TB/VIH est renforcée ; (iii) la prise en charge de la tuberculose multi-résistante et ultrarésistante est renforcée ;

Effet intermédiaire 4.7 : La mortalité liée aux maladies non transmissibles est réduite d'ici 2020. L'atteint ce résultat d'effet intermédiaire passera par la réalisation des extraits suivants (i) la lutte contre les maladies non transmissibles est renforcée (ii) la prise en charge des MNT est renforcée dans les structures sanitaires ;

Effet intermédiaire 4.8 : La mortalité liée aux maladies tropicales négligées est réduite d'ici 2020. Deux (2) extraits concourent à l'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire ce sont (i) l'incidence des maladies transmissibles négligées (FL, onchocercose, schistosomiase, géohelminthe, trachome, lèpre) est réduite ; (ii) la prise en charge des maladies tropicales négligées est renforcée dans les structures de soins.

AXE 5 : LA SANTE DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT, DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

L'axe santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes est traduit par l'Effet 5 :

Effet 5 : La santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes est améliorée d'ici 2020 est réduite de 50%

Cet Effet est composé de 4 effets intermédiaires qui couvrent les domaines d'actions prioritaires .Ce sont : la mortalité maternelle, la santé sexuelle et reproductive des adolescents, jeunes et des femmes, la contraception, la mortalité des nouveaux nés.

Effet intermédiaire 5.1 : La mortalité maternelle est réduite de 30% d'ici 2020 ; (i). Il atteint par la mise en œuvre réussie des extrants suivants : Quatre (4) extrants contribueront à l'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire. Ce sont :(i) le taux de couverture en CPN4 est de X% d'ici 2020 ; (ii) Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est de 80% d'ici 2020 ; (iii) La notification et la réalisation de revue et riposte des décès maternels est renforcée et effective ; (iv) La prévention et la prise en charge des fistules génitales (vésico-vagino-rectale) chez la femme sont renforcées;

Effet intermédiaire 5.2 : La santé sexuelle et reproductive des adolescents, des jeunes et des femmes est renforcée. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire passera par la réalisation des extrants suivants : (i) 50% des établissements de santé offrent les Services de Santé Sexuelles des jeunes d'ici 2020 ; (ii) Le nombre de grossesses précoces en milieu scolaire est réduit de 50% d'ici 2020 ; (iii) La proportion de Violences sexuelles contre les adolescents et jeunes est réduite de 50% d'ici 2020 ; (iv) Les nouvelles infections à VIH chez les jeunes sont réduites de 50% ;

Effet intermédiaire 5.3 : L'utilisation des méthodes modernes de contraception est améliorée d'ici 2020. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se traduira par La réalisation des extrants suivants : (i) Les services de planification familiale enregistrent 0% de rupture de stocks en produit contraceptive ; (ii) L'environnement socio-culturel pour la pratique de la planification familiale est amélioré ; (iii) Les populations en besoins ont recours aux services de planning familial;

Effet intermédiaire 5.4 : La mortalité du nouveau-né et de l'enfant sont réduites. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire passe par la réalisation des extrants suivants : (i) La PEC du nouveau-né est renforcée et amélioré dans les établissements sanitaires ; (ii) La PEC de l'enfant de 0-5 ans est renforcé et améliorée d'ici 2020.

AXE 6 : PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE DE L'HYGIENE PUBLIQUE

Cet axe est porté par l'Effet 6 :

Effet 6 : La prévention et la promotion de la santé sont renforcées

Il est composé de 4 résultats d'Effet intermédiaire qui couvrent les domaines d'actions prioritaires suivant : l'hygiène publique, l'hygiène hospitalière, la santé environnementale, la promotion de la santé ;

Effet intermédiaire 6.1 : L'hygiène publique est renforcée et appliquée à tous les niveaux. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se fera à travers la réalisation des extrants suivants (i) Le cadre institutionnel, législatif et règlementaire sont renforcés ; (ii) L'offre des services d'hygiène au niveau communautaire est renforcée, améliorée et disponible ;

Effet intermédiaire 6.2 : L'hygiène hospitalière est renforcée dans tous les établissements à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire passera par la réalisation des extrants suivants : (i) les mesures de prévention contre les infections nosocomiales sont renforcées au sein des établissements de santé ; (ii) tous les établissements sanitaires disposent de dispositifs pour la gestion des déchets solides et liquides ;

Effet intermédiaire 6.3 : La santé environnementale est renforcée et améliorée. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se traduira par La réalisation des extrants suivants (i) les maladies liées aux facteurs environnementaux sont réduites ; Le nombre de cas de traumatismes et de décès liés aux accidents de la voie publique est réduit ; L'exposition des populations aux nuisances sonores est réduite ;

Effet intermédiaire 6.4 : La promotion de la santé est renforcée dans tous les secteurs
Produit Deux (2) extrants contribueront à l'atteinte de cet effet intermédiaire. Ce sont (i) l'utilisation des services de santé est accrue ; (ii) l'adoption de comportements et modes de vie favorables à la santé est renforcé.

II. OBJECTIFS DU PLAN DE SUIVI ET DE L'ÉVALUATION

2.1. Objectif général

Améliorer l'efficacité du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020.

2.2. Objectifs spécifiques

De façon spécifique, ce plan vise à : (i) analyser le système de Suivi et d'évaluation actuel ;(ii) définir le cadre institutionnel et opérationnel du suivi et d'évaluation du PNDS 2016-2020; (iii) identifier les Indicateurs clés permettant de mesurer les progrès réalisés à tous les niveaux dans la mise en œuvre des activités ; (iv) définir les différents mécanismes et les outils de suivi, d'évaluation et de revues ; (v) déterminer le circuit de collecte et de contrôle de la qualité des données sanitaires de routine (vi) décrire de manière synthétique l'orientation méthodologique pour les évaluations à mi-parcours et finale du PNDS ; (vii) décrire les mécanismes de diffusion et d'utilisation des informations aux acteurs à tous les niveaux.

III. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

L'analyse du cadre de suivi faite lors de la revue du PNDS 2012-2015 montre un système en reconstruction avec plusieurs acquis. Notamment : Une étude pour prendre en compte les interventions du secteur privé et parapublic dans le domaine de la santé est en cours de réalisation.(i) l'actualisation et la standardisation des outils et l'harmonisation des procédures de collecte des données au niveau des districts, (ii) l'informatisation du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) à travers le logiciel DHIS2 en remplacement du logiciel SIGVISION. A ce jour, toutes les 20 régions utilisent DHIS2 comme support de gestion de l'information sanitaire et des séances de formation sur l'utilisation des outils et l'élaboration du dictionnaire des indicateurs sont organisées.

Ces différents dispositifs ont permis la production régulière des Rapports Annuels sur la Situation Sanitaire (RASS) avec une amélioration progressive de la qualité des données.

Ces résultats ne peuvent occulter le défi toujours croissant d'une information sanitaire de qualité, disponible à temps prenant en compte tous les secteurs (public, parapublic, privé, confessionnel), pour la prise de décision.

En effet, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est composé de divers sous-systèmes éparpillés dans différentes directions et structures du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique avec une faiblesse évidente de coordination des interventions. Malgré les efforts réalisés à partir de 2014 avec l'informatisation de la gestion de

l'information sanitaire jusqu'au niveau du district sanitaire, le SNIS n'assure pas à l'heure actuelle une disponibilité permanente des informations complètes et fiables permettant une prise de décision pertinente et la planification aux différents échelons du système de santé.

IV. CADRE LOGIQUE DU SUIVI EVALUATION

Le cadre logique est le cadre fondamental d'un plan de suivi et d'évaluation. Il présente les ressources (intrants) nécessaires qui seront utilisées et les activités à mener (processus), de même que les résultats (effets/produits) attendus qui vont concourir à l'atteinte des objectifs et buts (impact) du programme. Il met surtout l'accent sur les liens logiques qui existent entre les différents éléments.

Il est donc important de se poser toujours les questions adéquates pour prendre en compte les événements associés et déterminer ainsi les indicateurs correspondants. Il s'agit essentiellement des questions listées ci-après :

Qu'est-ce qui est investi pour l'atteinte des objectifs?	il s'agit de déterminer les intrants pour mesurer les résultats du PNDS: personnels, équipements, fournitures, logistiques, etc. ;
Qu'est-ce qui a été réalisé?	il s'agit de déterminer les processus ou activités qui permettent de faire le suivi et l'évaluation des interventions : nombre de réunions organisées, nombre de personnels formés, nombre de supervisions réalisées, nombre d'évaluations réalisées, etc. ;
Qu'est-ce qui a été produit?	il s'agit de déterminer les rapports périodiques sur les interventions ;
Quels ont été les résultats ?	il s'agit de déterminer les résultats d'intervention en termes de couvertures d'efficacité, de l'atteinte des cibles. Quels ont été les résultats à long terme? il s'agit de déterminer les indicateurs d'impact sur la population, notamment le fardeau du paludisme et le statut socioéconomique : nombre de cas de paludisme, nombre de décès par paludisme, mortalité proportionnelle, prévalence du paludisme, etc.

La matrice du cadre logique de suivi et évaluation d'un projet/programme est décrite dans un tableau à quatre colonnes, dans lesquelles sont décrits les intrants, les extrants, les effets, et les impacts.

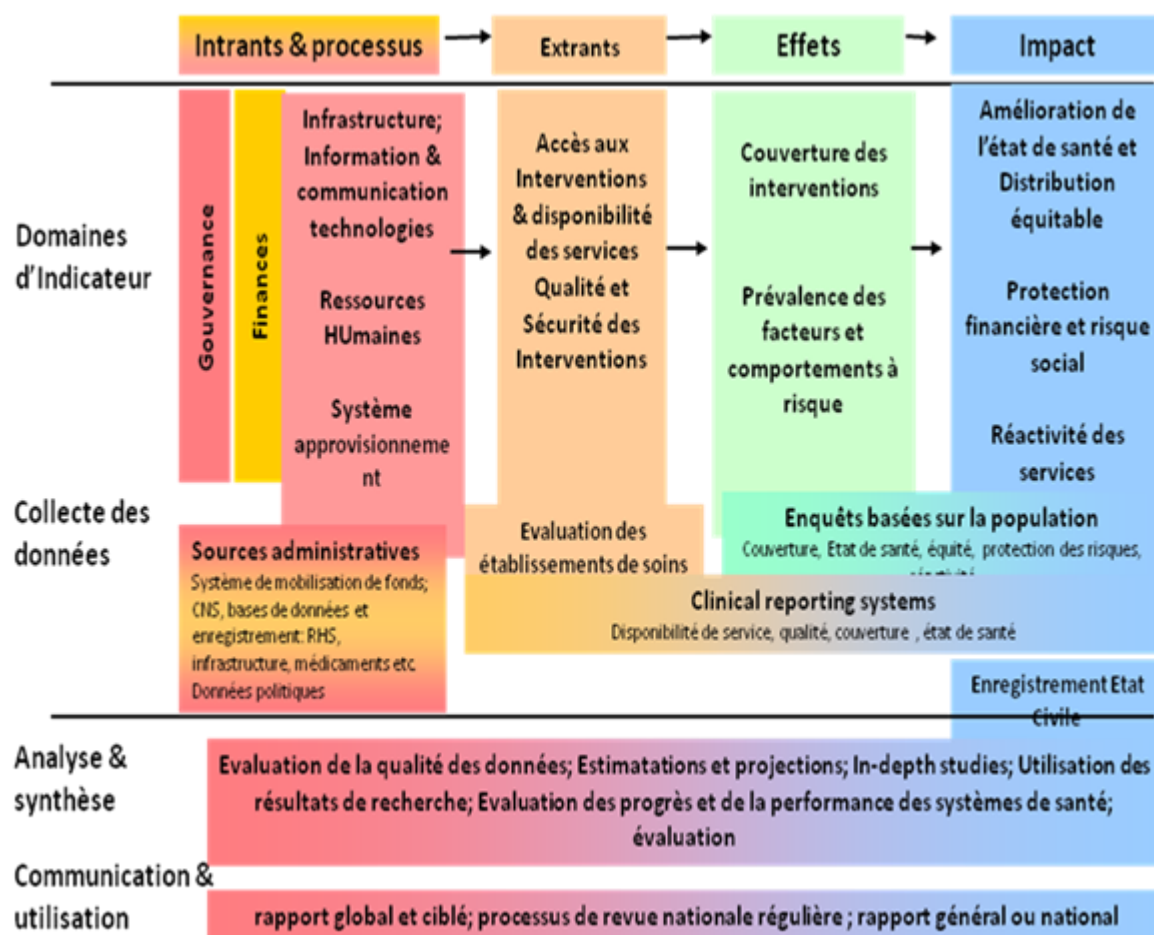


Figure 1 : Cadre logique du suivi évaluation

Le suivi consiste à réunir des données de toutes les sources pertinentes pour analyser la situation et déterminer la part de responsabilités des différentes parties prenantes. On utilise à cette fin une série d'indicateurs et de cibles fondamentales pour fournir aux pouvoirs publics et aux partenaires des informations précises par rapport aux objectifs et au calendrier. Il repose sur l'élaboration de programmes- budgets d'activités et est sanctionné par des rapports techniques, des rapports comptables et financiers, ainsi que des rapports d'activités.

L'évaluation s'appuie sur les données tirées du suivi mais l'analyse est beaucoup plus approfondie et tient compte des modifications du contexte, des questions relatives à l'attribution et de situation hypothétiques.

Elle consistera à porter un jugement de valeur sur des actions, des programmes à l'aide de critères préalablement définis.

Les revues sont basées sur les données recueillies pendant le suivi et exigent l'existence de mécanismes institutionnels nationaux auxquels participent plusieurs acteurs.

Elles doivent être systématiquement liées aux mesures prises et elles constituent la base de la redevabilité mutuelle.

V. DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DU PNDS 2016-2020

5.1. Principaux mécanismes nationaux de coordination

Le dispositif institutionnel du suivi évaluation du PNDS 2016-2020 devra impliquer des instances de coordination aux trois niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau central, le suivi évaluation comportera deux volets : le volet stratégique assuré par le Comité de Pilotage et le volet thématique par un comité technique de suivi et de revues des plans.

5.1.1. Le Comité interministériel de pilotage

Le suivi de la mise en œuvre sera assuré au niveau central par un comité de pilotage interministériel présidé par le Premier Ministre Le Comité de Pilotage disposera d'un Comité Technique de suivi et revues et d'un Secrétariat Technique pour l'assister dans ses tâches.

Le Comité de pilotage a pour mission de : (i) donner les orientations politiques pour la mise en œuvre des activités du PNDS ; (ii) assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des Partenaires Techniques et Financiers nationaux et internationaux pour la mise en œuvre du PNDS, (iii) valider les différents documents et rapports élaborés par le comité technique de suivi et de revues des plans. Par ailleurs il décidera des orientations à donner à la suite de la mise en œuvre de la stratégie en fonction des recommandations des différents rapports qui lui sera soumis.

Cet organe multisectoriel, se réunira deux fois par an. Sur la base du rapport du Comité de Pilotage le Ministre en charge de la Santé informera annuellement le Gouvernement de l'évolution de la mise en œuvre du plan, en Conseil des Ministres.

5.1.2. Le comité technique de suivi de la mise en œuvre du PNDS

Le comité technique de suivi du PNDS et le Secrétariat Technique seront mis en place par arrêté du Premier Ministre. Ces arrêtés préciseront leur composition, leurs attributions et leur fonctionnement.

5.1.2.1. Le comité technique de suivi

Le Ministère de la santé mettra en place un comité chargé du suivi de la mise en œuvre du PNDS. Le comité sera présidé par le Ministre en charge de la santé. Le secrétariat de ce comité sera assuré par la DGS assistée de la Direction en charge de la planification stratégique.

Le comité de suivi qui implique l'ensemble des acteurs et partenaires techniques et financiers du secteur de la santé aura pour mission de: (i) veiller à la mise en œuvre du PNDS ; (ii) assurer la coordination nationale de l'exécution des différents plans et programmes ; (iii) donner des avis techniques sur la mise en œuvre des plans annuels ; (iv) organiser les revues annuelles du Ministère de la santé ; (v) valider les rapports de progrès du PNDS et d'adopter les différents plans (triennaux, annuels); (vi) donner les orientations politiques pour la mise en œuvre des activités du PNDS ; (vii) assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des Partenaires Techniques et Financiers nationaux et internationaux pour la mise en œuvre du PNDS; (viii) valider les différents documents élaborés par le comité technique de suivi et de revues des plans.

Il se réunira deux fois par an et en cas de besoin.

Sur la base du rapport du Comité technique de suivi, le Ministre en charge de la Santé informera régulièrement le comité interministériel du PND et le Gouvernement de l'évolution de la mise en œuvre du plan, en Conseil des Ministres.

Il se réunira deux fois par an.

5.1.2.2. Le secrétariat technique permanent

C'est un organe chargé de l'animation et de la coordination du dispositif de suivi et évaluation et de revue du PNDS, le secrétariat est assuré par la DPPEIS. Il aura pour mission de : (i) Préparer les réunions du comité technique de suivi et du comité interministériel, (ii) rédiger les rapports et PV des réunions, (iii) veiller à la mise en œuvre et au suivi et évaluation du PNDS en collaboration avec les autres parties prenantes ; (iv) assurer la coordination technique nationale de l'exécution des différents plans ; (v) organiser les revues annuelles du PNDS ; (vi) organiser ou de faciliter l'organisation des évaluations du PNDS ; (vii) assurer la coordination des appuis des PTF à travers des revues.

5.1.3. Les comités régionaux de suivi du PNDS

Au niveau régional le suivi de la mise en œuvre du PNDS sera assuré par un comité technique régional de suivi (CRS/PNDS). Il est placé sous la présidence du Préfet de région. Son secrétariat est assuré par le Directeur régional de la santé assisté des Directeurs départementaux de la santé. Il sera créé dans chaque région administrative un comité de suivi par arrêté préfectoral. Ce comité régional impliquera les collectivités territoriales et les districts sanitaires de la région ainsi que les différents acteurs de la santé. Cet organe sera créé par un arrêté ministériel qui précisera sa composition, ses attributions et son fonctionnement.

Il est chargé : (i) de coordonner la mise en œuvre de la SSS au niveau régional et district (ii) d'organiser les réunions bilans ; (iii) d'élaborer les rapports périodiques d'exécution des plans.

Ce comité régional de suivi se réunira deux fois l'an dans chaque région administrative.

5.2. Rôle et responsabilité des principales institutions et parties prenantes

5.2.1. Rôle du Gouvernement

Le Gouvernement est responsable de la réalisation des objectifs du PNDS 2016-2020. Il valide et adopte le plan de suivi et évaluation et en assure sa mise en œuvre à travers le Ministère de la Santé Publique qui en est le maître d'œuvre. Le Gouvernement est responsable de la mobilisation des financements internes et externes annuels nécessaires au suivi et à l'évaluation du PNDS. Il assure le plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers.

Le Ministère en charge de la santé par son rôle régulateur, affirme son leadership et coordonne toutes les interventions de suivi, d'évaluation et de revues.

5.2.2. Rôle des responsables du niveau intermédiaire du Système de santé (DR et DD)

Les DR et DD, dans le cadre de leur responsabilités seront chargés : (i) de coordonner la mise en œuvre du PNDS au niveau régional et district (ii) d'organiser les réunions bilans ; (iii) d'élaborer les rapports périodiques d'exécution des plans.

Ce comité régional de suivi se réunira 4 fois l'an dans chaque région administrative.

- A l'initiative des DR et DD, une réunion trimestrielle sera organisée sous la présidence des préfets pour faire le point des avancées de la mise en œuvre du PNDS dans leur aire de compétence;

- Ces réunions seront sanctionnées du PV à transmettre au secrétariat technique permanent du PNDS.

5.2.3. Rôle des autres parties prenantes

Le niveau central de l'administration sanitaire (Cabinet, Direction Général et Directions Centrales), les Directions Régionales et les Districts sanitaires sont responsables, chacun en ce qui le concerne, du suivi et de l'évaluation du PNDS. Ils sont responsables de l'élaboration des plans d'actions et de leur évaluation annuelle.

Les Partenaires au développement sont représentés par leur tête de file au sein du Comité Technique de suivi et de revues du PNDS. Ils accompagnent les efforts du Gouvernement conformément à la Déclaration de Paris et aux sept comportements de IHP+ . Ils fournissent l'appui nécessaire pour la mise en œuvre et la réalisation du suivi évaluation du PNDS. Leurs interventions dans le plan de suivi évaluation et de revues s'inscrivent dans le domaine de la mobilisation des ressources, du financement et de l'appui technique.

VI. MECANISMES DE CONTROLE, DE SUIVI ET D’EVALUATION

6.1. Contrôle de la mise en œuvre du PNDS

Dans un souci d’efficacité et de transparence, le Ministère de la Santé et de L’hygiène Publique renforcera tous les mécanismes de contrôle et d’inspection à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

Ainsi, les procédures de gestion administrative, financière et comptable d’une part, les mécanismes de contrôle et d’audit d’autre part, seront diffusés pour être appliqués à tous les niveaux du système de santé. Ceci nécessitera un renforcement des actions de l’Inspection Générale de la Santé en liaison avec l’Inspection Générale des Finances et l’Inspection Générale d’Etat et les autres structures en charge du contrôle des audits et des moyens (DGS, DAF, DRH, DIEM, etc.).

6.2. Etudes et évaluations

Des revues, évaluations, études et enquêtes seront menées afin d’alimenter et renforcer le système de suivi et évaluation. Ces évaluations, études et enquêtes permettront d’évaluer l’impact des stratégies et interventions pendant la période de mise en œuvre du PNDS 2016-2020.

6.2.1. Revues

Ces revues sont basées sur les données recueillies pendant le suivi et exigent l’existence de mécanismes institutionnels nationaux auxquels participent plusieurs acteurs. Elles doivent être systématiquement liées aux mesures prises dans les pays et elles constituent la base de la redevabilité mutuelle.

Les revues du PNDS se feront sur la base des rapports d’exécution des plans à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, des rapports de supervision périodique de chaque niveau de la pyramide sanitaire, des audits des activités sanitaires et des audits financiers et comptables. Les rapports de contrôle et d’inspection seront également pris en compte dans les évaluations.

Les conclusions et recommandations de cette revue permettront de donner de nouvelles orientations pour l’atteinte des résultats.

Il faut procéder à trois types de revue : annuelle, moyen terme et finale.

- **Revue annuelle.**

La revue annuelle est axée sur les indicateurs et les cibles qui figurent dans les plans opérationnels annuels. Il s'agit principalement d'indicateurs d'intrants, de processus et de résultats. On peut aussi, s'ils sont disponibles, examiner les indicateurs de couverture. Les revues annuelles doivent régulièrement orienter l'évaluation.

Elle sera réalisée au cours des 2 derniers mois de l'année afin de faire le bilan de l'année écoulée et préparer le prochain plan annuel opérationnel.

- **Revue à moyen terme.**

Cette revue est normalement effectuée à mi-période de la mise en œuvre de la stratégie sanitaire nationale. Elle couvre toutes les cibles figurant dans la stratégie, y compris celles correspondant aux indicateurs de résultat et d'impact, et elle tient également compte de l'évolution du contexte. La revue à moyen terme doit coïncider avec la revue annuelle de la troisième année de mise en œuvre du PNDS c'est-à-dire qu'elle sera effectuée au cours des mois de novembre et décembre 2018. Il s'agira d'une évaluation visant aussi bien l'appréciation du niveau d'atteinte des objectifs intermédiaires (objectifs à mi-parcours) du PNDS que l'évaluation des aspects administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des activités. Les résultats serviront à ajuster les priorités et les objectifs nationaux.

- **Revue finale.**

Cette revue consiste en une analyse globale des progrès et des performances pendant toute la période couverte par la stratégie sanitaire nationale. Elle s'appuie sur les revues annuelles et à moyen terme, auxquels s'ajoutent les résultats de certains travaux de recherche et de l'évaluation prospective qui doit être prévue dès le début. Elle coïncidera avec la revue de la dernière mise en œuvre du PNDS c'est-à-dire en novembre-décembre 2020. Cette revue devra servir à alimenter l'analyse de la situation pour le prochain cycle de planification 2021-2025.

Les revues seront coordonnées par le secrétariat technique pour leur réalisation. **Liens entre les revues programmatiques et la revue générale du secteur de la santé**

Les différents programmes de santé de lutte contre la maladie ont en général leur propre mécanisme de revue dont les rapports disponibles dans tous leurs services de suivi évaluation viendront alimenter la revue générale du secteur santé.

6.2.2. Suivi de la mise en œuvre

Le principe de redevabilité devra sous-tendre toutes les actions prévues dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du PNDS selon la gestion axée sur les résultats. Dans ce sens, il sera élaboré par Direction Centrale, Direction Régionale, Districts Sanitaires un plan annuel d'activités.

Les données de routine et de surveillance épidémiologique des maladies, collectées dans le cadre du système national d'information sanitaire permettront d'assurer le suivi à chaque niveau du système. Des enquêtes épidémiologiques ou sociales seront également menées pour suivre les progrès accomplis. Les programmes de santé pourront renseigner des indicateurs spécifiques pour enrichir le Rapport de progrès et de Performance du secteur de la Santé.

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Le niveau central supervisera les équipes régionales de santé deux fois par an, les équipes-cadres de district seront supervisées par les équipes régionales tous les trois mois et assureront à leur tour des supervisions rapprochées des agents de santé des établissements de leurs aires respectives une fois tous les deux mois. Les agents de santé quant à eux superviseront les relais communautaires tous les mois.

Le Comité Technique de Suivi et de Revues organisera la revue annuelle en collaboration avec toutes les parties prenantes.

Les Délégations Régionales produiront un rapport trimestriel et organiseront une réunion mensuelle de l'Equipe Régionale de Santé et une réunion trimestrielle de suivi des Districts Sanitaires.

Les Districts Sanitaires produiront un rapport trimestriel d'activité et organiseront des réunions mensuelles des Equipes Cadre de District, une réunion trimestrielle de suivi de toutes les structures.

Les outils de suivi comprennent les outils de collecte de données du SNIS (RMA), les tableaux de bord ou matrices d'action issu(e)s des (i) plans d'actions annuels du Ministère chargé de la Santé, (ii) plans d'actions annuels et les rapports d'activités des directions centrales, des programmes de santé, (iii) plans d'action annuels intégrés des Régions et Districts (iv) documents cadres de coopération technique ou financière en vigueur.

Ils comprennent également les rapports des différents comités de suivi, les rapports d'études et d'enquêtes ainsi que les documents fournis par le SNIS (Annuaire statistique).

Tableau 1 : Organisation de la cascade des supervisions du Niveau Central aux Communautés

NIVEAU DE SUPERVISION	LES ACTEURS	PERIODICITE
Niveau Central		
Niveau régional	ERS	deux fois par an
Niveau de District	ECD	tous les trois mois
Niveau des structures		une fois tous les deux mois

Niveau communautaire		tous les mois
----------------------	--	---------------

Sept principaux (7) outils de suivi seront élaborés et le SNIS renforcé pour le suivi de la mise en œuvre du PNDS. Ce sont:

- 1- les fiches de suivi des interventions/mesures majeures inscrites dans le PNDS ;
- 2- le tableau de bord des indicateurs ;
- 3- les rapports d'étapes de mise en œuvre du PNDS;
- 4- les rapports annuels de performance des administrations publiques ;
- 5- les rapports trimestriels et semestriels de suivi de la mise en œuvre du PNDS ;
- 6- les rapports de mise en œuvre des plans d'actions connexes du secteur ;
- 7- les rapports des revues annuelles conjointes du secteur de la santé.

6.2.3. Évaluation de la mise en œuvre du PNDS

Elle sera initiée par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en collaboration avec les ministères membres du Comité de Pilotage. Il s'agira d'une évaluation externe qui visera aussi bien l'appréciation du niveau d'atteinte des objectifs du PNDS 2016-2020 que l'évaluation des aspects administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des plans.

L'évaluation finale s'inscrira dans le processus de planification de l'action sanitaire pour les périodes à venir. Elle appréciera l'impact des plans triennaux mis en œuvre à la fin de la période du PNDS 2016-2020.

Des enquêtes portant sur le niveau des épidémies dans la population générale et chez les populations à risques, la qualité des traitements et des soins ainsi que la qualité de la prise en charge permettront de mesurer l'impact de la mise en œuvre du plan.

Tableau 2 : Enquêtes et études à réaliser

Enquêtes	Période de réalisation
EDS-MICS CI IV	5 ans
EIS	5 ans
Enquête de couverture vaccinale	3 ans

Enquête sur les populations-clés (VIH)	2 ans
Enquête SARA	annuelle

Tableau 3 : Récapitulatif des activités de suivi et d'évaluation

ACTIVITÉS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	RESPONSABLE	SOURCE DE VERIFICATION	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
CONTROLE								
Réaliser l'inventaire du patrimoine sanitaire	DIEM		x	x	x	x	x	5
Effectuer le contrôle des effectifs des Ressources humaines en santé	DRH		x	x	x	x	x	5
Faire l'inventaire des Ressources Humaines en santé	DRH		x	x	x	x	x	5
Diffuser les procédures de gestion administrative, financière et comptable	DAF		x	x				2
Réaliser des inspections des d'établissements sanitaire.	IGS		x	x	x	x	x	5
Réaliser des missions de contrôle et d'audit	DAF/IGS		x	x	x	x	x	5
Elaborer et diffuser à toutes les parties prenantes les rapports de contrôle et d'audit	DAF/IGS		x	x	x	x	x	5
Produire et diffuser le rapport annuel de contrôle des opérations	DRSHP		x	x	x	x	x	5

comptables et financières des directions départementales								
Produire le rapport annuel de contrôle des opérations comptables et financières des ESPC	DDSHP		x	x	x	x	x	5
ACTIVITES DE SUIVI								
Coordination								
Organiser une Réunion du comité de Suivi et de Revues des plans	DPPEIS		x	x	x	x	x	5
Organiser une réunion mensuelle des ERS	DR		x	x	x	x	x	60
Organiser une réunion trimestrielle de suivi des DS.	DR		x	x	x	x	x	20
Organiser les réunions mensuelles des ECD	DD		x	x	x	x	x	60
Organiser des réunions trimestrielles de suivi des activités des ESPC.	DD		x	x	x	x	x	20
Organiser une réunion semestrielle de suivi des activités des DR et des Programmes.	DGS		x	x	x	x	x	12
Produire le Rapport Annuel sur la	DPPEIS		x	x	x	x	x	5

Situation Sanitaire (RASS).								
Supervision								
Organiser une mission semestrielle de supervision intégrée du niveau central vers le niveau régional	DGS		x	x	x	x	x	2
Organiser une mission trimestrielle de supervision du niveau régional vers le District	DR		x	x	x	x	x	20
Organiser une mission bimestrielle de supervision du District vers les ESPC	DD		x	x	x	x	x	6
Organiser une mission d'appui semestrielle aux Directions Régionales pour le monitoring du PMA des ESPC	DSCMP		x	x	x	x	x	10
Organiser une mission semestrielle de supervision intégrée du niveau central vers le niveau régional	DGS		x	x	x	x	x	2
Renforcements des capacités								
Renforcer les capacités des	MSHP							

programmes et directions centrales								
Renforcer les capacités des ERS	DPPEIS		x	x	x	x	x	5
Renforcer les capacités des ECD	DPPEIS		x	x	x	x	x	5
ACTIVITES D'EVALUATION								
Organiser un audit interne de la qualité des données (RDQA)	DPPEIS		x	x	x	x	x	5
Organiser un audit externe de la qualité des données (DQA)	DPPEIS		x	x	x	x	x	5
Organiser une revue à mi-parcours du PNDS	DPPEIS				x			1
Organiser la revue annuelle des activités des directions régionales	DGS		x	x	x	x	x	5
Organiser une Revue annuelle du PNDS	DPPEIS		x	x		x	x	4
Réaliser une évaluation finale du PNDS	DPPEIS						x	1
Organiser une mission conjointe annuelle d'évaluation avec les PTF	Cabinet		x	x	x	x	x	5
ETUDES ET ENQUETES EN SANTE								
Réaliser une Enquête Démographique et de Santé (EDS).	DPPEIS			x			x	2

Réaliser l'enquête SARA	DPPEIS		X		X		X	3
Réaliser une étude prospective santé	DPPEIS						X	1
Réaliser une enquête d'impact sur le VIH	DPPEIS			x			x	2
Réaliser trois enquêtes de séro-surveillance sentinelles chez les femmes enceintes	DPPEIS		x		x		x	2
Réaliser deux enquêtes sur l'évaluation des indicateurs d'alerte précoce de la résistance du VIH aux ARV	DPPEIS			x		x		2
Réaliser- des enquêtes sur les populations à risque	DPPEIS		x	x	x	x	x	5

VII. INDICATEURS DU SUIVI EVALUATION

7.2. Indicateurs clés

Les indicateurs doivent être choisis en fonction de leur validité scientifique, de leur pertinence, de leur utilité pour les décideurs, de leur adaptabilité aux changements et de la disponibilité des données.

La série d'indicateurs fondamentaux doit permettre d'obtenir les informations nécessaires au suivi des progrès et des performances dans l'atteinte des principaux objectifs de la stratégie sanitaire nationale et doivent couvrir les intrants, les extrants, les résultats et l'impact.

Les indicateurs retenus pour le suivi et l'évaluation axés sur les résultats seront répartis en deux grands groupes : (i) les indicateurs de suivi qui comprennent les indicateurs d'intrants et d'extrants et (ii) les indicateurs d'évaluation qui sont les indicateurs d'effet et d'impact.

N°	INDICATEURS D'IMPACT	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	BASELINE	NIVEAU 2020	SOURCE
1	Taux de mortalité générale	<u>Numérateur :</u> Nombre de décès dans la population générale <u>Dénominateur :</u> Population générale	Enquête	4 ou 5 ans	(EDS 2012)		EDS RGPH
2	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	<u>Numérateur :</u> Nombre de décès chez les enfants de moins de 5 ans <u>Dénominateur :</u> Population des enfants de moins de 5 ans	Enquête	4 ou 5 ans	108 pour 1000 (EDS 2012)	54 pour 1000	EDS RGPH
3	Taux de mortalité néonatale	<u>Numérateur :</u> Nombre de décès néonataux <u>Dénominateur :</u> Population néonatale	Enquête	4 ou 5 ans	38 pour 1000 (EDS 2012)	14 pour 1000	EDS MICS
4	Ratio de mortalité maternelle	<u>Numérateur :</u> Nombre de décès maternels <u>Dénominateur :</u> Nombre de naissances vivantes	Enquête	4 ou 5 ans	614 pour 100000 naissances vivantes (EDS 2012)	307 pour 100000 naissances vivantes	EDS MICS
5	Espérance de vie à la naissance	Correspond à l'âge moyen au décès d'une génération fictive de personnes soumises à chaque âge aux risques de décès, par âge observé cette année-là	Enquête	10 ans	54,3 ans (2015)	59 ans	INS/Enquête auprès des ménages RGPH
6	Indice synthétique de fécondité		Enquête	10 ans	5 (2015)	3	

N°	INDICATEURS D'EFFETS	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	BASELINE	NIVEAU 2020	SOURCE
1	Couverture vaccinale en Vaccin Anti Rougeoleux (VAR) chez les enfants de 0-11 mois	Numérateur : Nombre d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 1 dose de vaccin contre la rougeole Dénominateur Nombre total d'enfants de 0 -11 mois	Exploitation de données de routine	Mensuelle/ Trimestrielle	82% (couverture administrative)	95% (couverture administrative)	Rapport PEV SNIS
2	Couverture vaccinale en Penta 3	Numérateur : Nombre d'enfants de 0-11 mois ayant reçu le Penta 3 Dénominateur Nombre total d'enfants de 0 -11 mois	Exploitation de données de routine Enquête	Mensuelle/ Trimestrielle	92 % (couverture administrative)	95% (couverture administrative)	Rapport PEV SNIS
3	Proportion de cas de tuberculose ayant achevé avec succès leur traitement		Exploitation des données de routine	Annuelle			Rapport PNLT SNIS
4	Couverture en CPN 4	Numérateur : Nombre de femmes enceintes ayant effectué 4 CPN Dénominateur : Nombre total de grossesses attendues	Exploitation des données de routine	Mensuelle/ Trimestrielle			EDS SNIS Rapport PNSME
5	Prévalence contraceptive moderne	Numérateur : Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode moderne de contraception Dénominateur Nombre total des femmes en âge de procréer (15 – 49 ans)	Données de routine Enquête				EDS, MICS SNIS PMA 2020
6	Taux de transmission du	Numérateur : Nombre d'enfants	Projection	Annuelle	17%	1,7%	Rapport

	VIH de la mère à l'enfant y compris la période d'allaitement	VIH+ Dénominateur Nombre de grossesses VIH+ attendues	Spectrum		(2015)		activités PNLs
7	Nombre de nouvelles infections vih	Projection du Spectrum	Projection Spectrum	Annuelle	21974 (2015)	10987	Rapport activités PNLs
8	Pourcentage PVVIH sous ARV ayant une suppression virale	Numérateur : Nombre de PVVIH sous ARV ayant une suppression virale Dénominateur Nombre de PVVIH ayant initié les ARV 12 mois auparavant	Données de routine Etude (CEDRES, CEPREF, CIRBA, RETROCI)	Annuelle	75% (2014)	90%	
9	Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MII Dénominateur Nombre total d'enfants de moins de 5 ans	Enquête	Annuelle			EDS MICS ENV
10	Proportion de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)						
8	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	Numérateur : Nombre d'accouchements pratiqués par un personnel qualifié (Médecin, infirmiers, sage femmes) dans un établissement sanitaire Dénominateur : Nombre total de naissances attendues	Routine	Mensuelle/ Trimestrielle/ Annuelle			SNIS Annuaire Statistique Rapport Direction de la santé Familiale
11	Prévalence de la		Enquête	Annuelle			SMART

	surcharge pondérale						EDS
12	Prévalence de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans						
13	Proportion de femmes enceintes et allaitant anémique						
14	Incidence du paludisme	Numérateur : Nombre total de nouveaux cas de paludisme Dénominateur : Effectif total de la population	Routine Enquête	Annuelle			Rapport PNLP
15	Taux de satisfaction de la demande en contraceptif moderne						
16	Proportion de ménages disposant d'un dispositif de lavage des mains composé de récipient, eau + savon		Enquête	Annuelle			

N°	INDICATEURS D'EXTRANTS	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	BASELINE	NIVEAU 2020	SOURCE
1	Proportion de PVVIH hommes et femmes en besoin de traitement qui bénéficie de traitement ARV selon le protocole	<u>Numérateur</u> : Nombre de PVVIH sous ARV <u>Dénominateur</u> Nombre de PVVIH (hommes et femmes) en besoin de traitement ARV	Exploitation des données de routine Estimation MSHP, ONUSIDA (pour le dénominateur)	Annuelle			Rapport d'activités du CNLS
2	Taux de fréquentation des services de santé (TFSS)	<u>Numérateur</u> : Nombre de consultants (total de nouveaux contacts par an) <u>Dénominateur</u> : Population totale	Exploitation des données de routine	Mensuelle			Rapport d'activité des DS SNIS
3	Proportion de malades tuberculeux sous traitement DOTS	<u>Numérateur</u> : Nombre de malades tuberculeux sous DOTS <u>Dénominateur</u> : Nombre de malades tuberculeux dépistés	Exploitation des données de routine	Mensuelle			SNIS Rapport d'activités PNLT
4	Pourcentage des ESPC offrant la totalité des activités PMA	<u>Numérateur</u> : Nombre <u>Dénominateur</u> Nombre total	Routine Enquête	Annuelle			SNIS
5	Disponibilité du compact national signé (Extrant)	Compact disponible					Rapport cérémonie de signature
12	Taux de césarienne						
13	Proportion de cas de diarrhée	<u>Numérateur</u> :	Routine	Mensuelle/			SNIS

	chez les enfants de moins de 5 ans traités par SRO et Zinc	Nombre de cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans traité par SRO et Zinc <u>Dénominateur :</u> Nombre de cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans		Trimestrielle/ Annuelle			Annuaire Statistique Rapport Direction de la santé Familiale
14	Proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant une IRA traités aux antibiotiques						
15	Proportion de cas de paludisme confirmé par microscopie ou TDR et traité selon les normes						Rapport PNLP SNIS

7.3. Sources de données

Pour évaluer les progrès et les performances, il faut utiliser les données de toutes les sources. Les principales sources de données sont les suivantes :

- Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH). C'est la principale source d'informations pour déterminer la taille, la répartition géographique et les caractéristiques sociales, démographiques et économiques d'une population. Le dernier RGPH de la Côte d'Ivoire date de 2014. Le RGPH permet d'avoir des baselines (valeur de références) fiables ;
- Les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil. C'est une source de données importantes mais pas toujours disponibles au sein des Ministères en charge de la santé. Des efforts sont faits par le Gouvernement afin de prendre en compte les statistiques de l'Etat civil dans l'information sanitaire notamment les données sur les naissances, les décès et leurs causes ;
- Les enquêtes sanitaires en population principalement axées sur la couverture des services, l'équité et la santé de la population. Ces enquêtes sont de type Enquête Démographique de santé et/ou l'enquête à indicateur multiples (MICS) ;
- Les données produites par les établissements, y compris dans le cadre des systèmes d'information de routine et des évaluations et des enquêtes menées dans les établissements de santé. Le SNIS de la Côte d'Ivoire, qui produit les informations sanitaires de routine, est en pleine mutation cependant il est capable de fournir des données de routine grâce à ses différents sous systèmes de gestion de l'information qui sont en voie d'intégration ;
- Les sources administratives de données dont les ressources financières et les dépenses au niveau infranational. La réalisation régulière des comptes de la santé permettra de disposer de ces informations financières indispensables pour le suivi du PNDS. Les données sur les ressources humaines et matérielles devraient également être disponibles pour le suivi de la performance du système de santé. (à rendre plus explicite).

7.4. Renforcement des capacités pour la mise en œuvre du plan de suivi évaluation

L'analyse effectuée révèle des insuffisances au niveau du personnel chargé du suivi évaluation du programme. Pour un meilleur suivi des interventions du PNDS 2016-2020, un renforcement des capacités du personnel est indispensable.

VIII. COLLECTE, ANALYSE ET DIFFUSION DES DONNEES

La collecte et l'analyse des données de routine se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour les différents indicateurs de routine. Les données de routine seront des données produites régulièrement par le système provenant d'activités de routine au niveau des points de prestation des services. C'est le cas des données des consultations de routine, d'administration des soins. Il s'agira ici de décrire comment le programme collectera régulièrement les données pour chaque indicateur.

8.1. Collecte des données

La collecte des données se fera selon les normes et procédures en vigueur dans le pays. En fonction des données à collecter, un protocole sera élaboré et les acteurs et les moyens seront identifiés pour la collecte.

8.1.1. Collecte de routine

Elle consiste à collecter de façon quotidienne les données sur toutes les activités menées aussi bien dans le domaine communautaire que sanitaire. Toutes les informations relatives aux activités menées seront collectées en routine sur les différents outils de collecte mis à disposition dans les structures. Il s'agit :

Au niveau communautaire : des fiches d'activités des relais communautaires, des fiches de synthèse des activités des relais communautaires, des rapports mensuels d'activités des relais communautaires, des fiches de supervisions des relais communautaires. Les outils au niveau communautaire seront simplifiés pour permettre une meilleure compréhension et faciliter le remplissage des indicateurs de base.

Au niveau des structures sanitaires : registres de consultations curatives, fiches de consultations curatives, registres d'hospitalisation, registre de décès, fiches de consultations prénatales, registres de consultations prénatales, fiches de gestion de stocks de médicaments et d'intrants, formulaires, des registres de laboratoire.

Des outils harmonisés et adaptés seront mis en place par le système national de suivi et évaluation pour la collecte de ces données de routine à tous les niveaux. Des instructions claires de remplissage des outils sous forme de directives seront adressées aux agents de collecte pour chaque type d'outil de collecte primaire et secondaires afin d'avoir un bon remplissage et des données fiables. Pour ce faire, ces instructions seront consignées dans un guide des directives mis à la disposition de chaque structure sanitaire.

Au sein des structures de santé de second niveau ou ayant un volume d'activités élevé, un personnel de santé sera chargé de traiter les registres de consultation, de vaccination et de toutes autres activités afin de réaliser les différents rapports de la structure. Dans le secteur communautaire la plupart du temps, celui qui mène l'activité est celui qui produit le rapport d'activité.

8.1.2. Collecte des données par enquête et étude

Cette activité est soit réalisée par le prestataire de service lui-même (personnel de santé ou communautaire) soit par une tierce personne physique ou une institution externe commise à la recherche d'informations précises. Elle peut se faire à tout moment selon la programmation ou plan d'action élaboré.

8.2. Synthèse des données et informations

Les données seront synthétisées mensuellement à chaque niveau sur des canevas de rapport mensuel élaboré à cet effet. Cette synthèse qui prend en compte les activités mensuelles des structures de santé sera désagrégée par âge et par sexe. Une analyse primaire et secondaire des données et informations mensuelles synthétisées sera faite à chaque niveau.

8.3. Circuit de transmission des données et informations

Le système de suivi évaluation comprend quatre (4) niveaux.

- **Le niveau 1: Centre de Santé**

C'est le premier niveau de collecte des données à la base qui sera assurée par les prestataires de santé sur le terrain (personnel médical des centres de santé, agents communautaires de santé, éducateurs de pairs et autres agents de mobilisation des ONG, personnel des ONG). Le rôle de ce niveau est de collecter toutes les données empiriques utiles sur leurs activités respectives (en remplissant correctement les supports de collecte de données mis à leur disposition) et de les transmettre aux responsables du second pallier du système qui est le District sanitaire.

Les agents de santé de santé communautaires après avoir rempli régulièrement les fiches d'activités transmettront leurs données au centre de santé dont ils dépendent. Les données transmises seront comptabilisées et compilées avec celles du centre de santé avant la transmission au district sanitaire.

La périodicité de transmission des données (essentiellement des registres) des autres prestataires sera mensuelle. La date butoir est fixée au plus tard le 05 du mois suivant. L'arrêt des activités pour la période en cours intervenant le dernier jour du mois en cours.

- **Le niveau 2 : District sanitaire**

Au niveau du district, le ou les responsables du suivi et évaluation rassembleront et compileront les rapports mensuels de tous les partenaires locaux placés sous leur responsabilité (centres de santé publics, privés, associatifs, confessionnels, projets). La

saisie et la compilation seront informatisées sur le logiciel DHIS2 conçu dans le cadre du Suivi Evaluation des interventions.

L'équipe du suivi évaluation du niveau central assurera la formation des agents à la manipulation des commandes élémentaires dudit logiciel.

Les données et rapports sont transmis au niveau supérieur au plus tard le 10 du mois suivant.

- **Le niveau 3 : Direction régionale de la santé**

Au niveau de la DRS, le ou les responsables du suivi et évaluation rassembleront et compileront les rapports mensuels provenant des districts sous leur responsabilité. La saisie et la compilation seront informatisées sur le logiciel DHIS2 conçu dans le cadre du Suivi Evaluation des interventions.

L'équipe du suivi évaluation du niveau central assurera la formation des agents à la manipulation des commandes élémentaires dudit logiciel.

Les données et rapports sont transmis au niveau supérieur au plus tard le 15 du mois suivant.

- **Le niveau 4 : Central (Direction en charge de l'Information Sanitaire)**

Il correspond au niveau de centralisation et d'analyse détaillée de toutes les données de suivi évaluation du pays. La responsabilité principale des activités de ce niveau revient à l'équipe de suivi évaluation de la structure en charge de l'information sanitaire.

Des missions trimestrielles conjointes composées de la structure en charge de l'information sanitaire et des autres partenaires permettront d'assurer la complétude et la promptitude des données, de valider les données en vue du nettoyage de la base de données avant leur publication. Les principales tâches des équipes consisteront à :

- aider les agents techniques des structures partenaires, ainsi que les agents de santé du milieu périphérique à collecter les données et les acheminer vers les niveaux intermédiaires;
- assurer le traitement statistique des données de suivi collectées au niveau central ;
- rédiger les rapports mensuels d'activités des projets et assurer leur dissémination ;
- organiser le feed-back de l'information afin de permettre une utilisation efficiente des données collectées pour recadrage éventuel des activités;
- rédiger les rapports d'activités trimestriels, semestriels et annuels

Au niveau central, les données compilées et analysées seront validées par le comité technique de suivi. Le Rapport semestriel sera produit et transmis au comité de pilotage.

8.4. Retro information

La retro information est indispensable pour une amélioration de la performance des différents acteurs à tous les niveaux. Elle permet d'informer le niveau inférieur sur ses activités menées et l'appréciation du niveau supérieur. Elle doit être systématique et constitue un outil de motivation des agents de santé et l'amélioration de la qualité des données.

Chaque structure qui envoie un rapport recevra une rétro information (feedback) systématique. Ces informations concernent (i) la confirmation de l'arrivée du rapport, (ii) la qualité des données reçues (écriture, manquants, cohérence et exactitude des données), (iii) le commentaire sur l'analyse et l'interprétation des informations reçues, (iv) un ou plusieurs tableaux récapitulatifs des données d'une ou plusieurs structures en vue de la comparaison des performances. Un canevas de retro information sera élaboré et mis à la disposition des agents à tous les niveaux.

Figure X : Schéma du circuit de collecte des données et informations

8.5. Gestion des données

Pour renforcer la disponibilité et la fiabilité, la gestion des données se fera faite à tous les niveaux soit sur support électronique ou sur support papier. Cette gestion concerne la collecte, le stockage, l'analyse et le traitement des données.

8.5.1. Base des données

La structure en charge de l'information sanitaire dispose de base de données à ce jour pour la gestion des informations qui est le DHIS2. Le développement et le déploiement du logiciel a été fait dans les 20 régions sanitaires du pays et permettra de gérer efficacement les données et informations à tous les niveaux : central, provincial et district. Ce logiciel permettra de faire la compilation et la synthèse des données, de générer les tendances et donner des informations sur la performance du PNDS et de stocker les informations. Cette base de données est gérée par les unités de suivi et évaluation à différents niveaux. Les données seront périodiquement mises à jour et la période sera définie.

Au niveau périphérique, les données seront gérées sur des ordinateurs pour ceux qui en possèdent et manuellement avec des outils papiers pour les autres.

8.5.2. Analyse des données et informations

L'analyse des données se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- au niveau du district, le responsable ou point focal (CSE) analyse les données transmises par les structures sanitaires et en fait une agrégation de données à partir du logiciel DHIS2 ;
- au niveau de la région, le responsable de la surveillance épidémiologique analyse les données transmises par les districts et en fait une agrégation de données à partir du logiciel DHIS2 ;
- au niveau central, cette analyse est faite par le responsable du SNIS.

8.5.3. Archivage des données

L'archivage des données est un élément clé dans la gestion des données. Elle permet à tout moment d'avoir accès à l'information pour une meilleure prise de décision d'une part et d'autre part faciliter les revues, évaluations et autres missions d'audit.

Les registres , tous les rapports périodiques, d'évaluation, supervisions et les autres outils de collecte primaires seront conservés sous format papier dans les structures d'origine. Deux types d'archivage seront utilisés pour la conservation des documents : l'archivage physique et l'archivage électronique.

- **L'archivage physique**

Elle se fera à tous les niveaux. Les différents responsables des structures de mise en œuvre veilleront à l'archivage des différents documents du programme dans un espace dédié notamment dans les armoires de rangement. Les documents (registres, rapports, fiches, etc.) seront rangés par nature, période dans des boîtes d'archives. Les différentes structures seront donc approvisionnées en matériel de rangement notamment les boîtes d'archives.

- **L'archivage électronique**

Elle se fera pour les structures qui disposent de matériels informatiques. Les différents supports électroniques seront rangés par dossiers, fichiers et par date. La sauvegarde se fera aussi sur la base de données. Cette sauvegarde des données doit être périodique et une procédure de sauvegarde sera élaborée et mise à disposition des acteurs. Au niveau central, la sauvegarde se fera sur des serveurs à grande capacité.

8.6. Mécanisme d'assurance qualité

La qualité des données est un critère important dans l'appréciation des performances d'un Programme. Le dispositif d'assurance qualité constitue de ce fait un cadre judicieux pour juger de la fiabilité des données en accord avec un ensemble standard d'approches, de techniques de collecte et de rapportage des données.

Pour adresser ce problème, les procédures et actions suivantes seront entreprises : (i) Les personnes chargées de la collecte des données seront formées à l'utilisation des différents outils mis à leur disposition, ce qui leur permettra de collecter des données fiables et exactes, (ii) Les registres, les fiches de collecte des données et autres outils standardisés sont distribués à tous les points de collecte des données, (iii) une base de données et un logiciel de gestion de toutes les données seront mis en place, (iv) les supervisions de toutes les activités seront instaurées à tous les niveaux et incluront la confrontation des données avec leurs sources pour déceler et corriger les éventuelles erreurs, (v) un audit annuel de la qualité des données sera instauré, (vi) un protocole de correction des erreurs et des données manquantes est élaboré et appliqué par tous les acteurs qualifiés.

Pour assurer la qualité des données, un processus de vérification sera mis en place. Le premier niveau de contrôle sera fait au niveau de l'établissement sanitaire lors de l'élaboration des rapports. Un deuxième niveau de contrôle se fera lors de la validation mensuelle des données au niveau du District Sanitaire (DS) avant la validation trimestrielle au niveau de la Délégation Régionale. La structure en charge du SNIS organisera un audit annuel de la qualité des données.

8.7. Diffusion et utilisation des données

Le Secrétariat Technique et le SNIS doivent fournir régulièrement des informations de qualité qui doivent être analysées par le Comité Technique de Suivi et de Revues puis présentées au Comité de Pilotage pour la prise de décision.

Ces informations seront présentées sous forme de rapports qui sont :

- le rapport sur les progrès et les performances du secteur de la santé ;
- le rapport annuel sur les statistiques sanitaires.

Le premier rapport est le résultat de la revue annuelle qui réunit tous les parties prenantes du système de santé. Ce rapport est alimenté par des données de différentes sources y compris les rapports des données de routine, les enquêtes (EDS, ENV, MICS, SARA), les travaux de recherche disponibles, les différents rapports d'évaluations. Il a pour objectif de décrire les progrès accomplis ou pas par rapport aux résultats définis dans le PNDS à travers ses plans opérationnels annuels. Ce rapport est produit par le Comité technique à l'issue de la revue annuelle du secteur santé.

Le rapport annuel sur les statistiques est utilisé lors de l'élaboration du rapport sur les progrès et les performances du secteur de la santé. Il est par contre l'émanation du SNIS qui devrait le produire annuellement. Cela devrait être un des résultats de la performance du SNIS. Il devra ensuite être disponible sur internet pour faciliter la diffusion.

CONCLUSION

La réussite de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 nécessite un suivi particulier des interventions et des évaluations régulières à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec une forte implication et appropriation des différents acteurs qui interviennent dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire.

La mise oeuvre effective du PNDS 2016-2020 va nécessiter l'appui de tous les acteurs qui interviennent dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire.

Pour ce faire un engagement ferme des parties prenantes est attendu afin d'atteindre les objectifs du PNDS 2016-2020 et de rendre disponible l'information stratégique par le suivi et l'évaluation de ce PNDS 2016-2020.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Liste des Participants à l'élaboration du PSE

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION	CONTACTS	E-MAIL
1.	Tania BISSOUMAN LEDJOU	OMS	Chargée de Prog et système de Santé	21 51 72 00	bissoumaledjout@who.int
2.	BALLY Ballou Landry	MPD	Chargé d'Etude	59 80 35 52	landrybally@yahoo.fr
3.	ALI Ouattara	PARSSI	Chef de Mission	59 88 70 79	alouattara@yahoo.com
4.	GNODE Germain	DEPS	Inspecteur Police Sanitaire	02 09 80 27	drgnode@yahoo.fr
5.	KOUASSI Yao Théodore	PNN	Chef de service	07 57 42 98	thedocteur@gmail.com
6.	KOUAME Kouakou Raymond	DRH	Sous/Directeur	01 22 64 64	thetykopa@yahoo.fr
7.	KOUADIO Ghislaine	DPPEIS	Sous/Directeur	01 80 49 89	ndjore77@yahoo.fr
8.	SANGARE Abou Dramane	UFHB	Enseignant Chercheur	03 61 04 15	sangare_aboudramane@yahoo.fr
9.	Monique LAN	PRSSE	Assistante Programme	01 20 00 54	monic_affi@yahoo.fr

10.	GAUDET Tania	PRSSE	Spécialiste SE	01 31 98 77	taniagaudet@yahoo.fr
11.	AIMAIN Alexis Serge	PNLP	Médecin	42 39 86 33	sergealex@yahoo.fr
12.	NOUGA Amani Clémentine	PNLP	Assistante Suivi-Evaluation	07 96 45 46	nougamani@gmail.com
13.	TOURE Alacagny	DPPEIS	Informaticien	01 13 64 84	toreleman@yahoo.fr
14.	DAHIE Okou Laurent	DSCMP	Médecin	07 69 62 66	djati2012@yahoo.fr
15.	KADIO Aka	DPPEIS	Médecin	40 41 98 52	kadiojanvieraka@yahoo.fr
16	DJE Enguerran	DPPEIS	Médecin	04 03 47 60	dsieheng@gmail.com
17	MASSAN Marie Anne	DPPEIS	Secrétaire	57 99 07 56	masan1959@yahoo.fr
18	GBOKOU Konan	DPPEIS	Economiste de la Santé	08 27 19 93	konangbokou@gmail.com
19	YAO Konan Ernest	PNSME	Médecin	07 69 85 57	konanern@yahoo.fr
20.	CAMARA Aoua	DPPEIS	Médecin	07 30 79 35	c_aoua@yahoo.fr

22.	DJONOU Kouamé Fulgence	PNDAP	Pharmacien	07 36 25 47	fulodk@yahoo.fr
23.	SORO Raphael	DPPEIS	Médecin	05 64 15 62	sorodou@yahoo.fr
24.	ODJE Claude Evariste	PNSSU	Médecin	07 65 86 62	odjeclaudeevariste@yahoo.fr
25.	AKRA Kouassi Augustin	PNLS	Economiste santé	49 40 94 20	akra_augustin@yahoo.fr
26.	HIE Arnaud	DHES	TSS Assainissement	59 59 71 16	hiekarnaud@gmail.com